



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA
ESPECIALIZAÇÃO EM CARÁTER DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL

ALINE MARIA FURTADO DE CARVALHO

CUIDANDO DO CUIDADOR: A FORMAÇÃO GRUPAL DE
FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO
CAPS

SOBRAL - CE

2019

ALINE MARIA FURTADO DE CARVALHO

**CUIDANDO DO CUIDADOR: A FORMAÇÃO GRUPAL DE
FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO
CAPS**

Projeto de intervenção submetido ao Programa de Pós-Graduação lato sensu da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) em parceria com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) como requisito parcial à obtenção do título de especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental

Orientadora: Dra. Eliany Nazaré Oliveira

SOBRAL - CEARÁ

2019

ALINE MARIA FURTADO DE CARVALHO

**CUIDANDO DO CUIDADOR: A FORMAÇÃO GRUPAL DE
FAMILIARES/CUIDADORES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO
CAPS**

Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Mental
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia– EFSFVS

Trabalho aprovado em: ____/____/____

Orientador: _____

Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral - Ceará

1º Examinador: _____

Ms.Thatianna Souza da Silveira
Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) – Sobral - Ceará

2º Examinador: _____

Profa. Dra. Maria Suely Alves Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Sobral - Ceará

Dedico esta produção ao meu maior sustentáculo: minha família. Em especial à meu esposo Rafael e a meus pais, Toinha e Pedro.

AGRADECIMENTOS

À Deus e a vida a mim concedida diariamente!

À Rafael, meu companheiro, pela força e compreensão nos momentos em que precisei me ausentar das convivências em virtude desse processo de residência!

*À meus pais: **Toinha e Pedro** sempre apoiadores de todos os meus projetos de vida!*

*Aos usuários dos serviços que acompanhei e que contribuíram nesse meu processo de formação, em especial aos **familiares e cuidadores** participantes desse projeto de intervenção!*

*Aos **profissionais da RAISM** que me acompanharam e contribuíram significativamente nesse meu processo de formação na residência!*

*À minha preceptora nesse processo de formação a Enfermeira **Thatianna Silveira**, pelas trocas, afetos dispensados e ajuda na condução de algumas oficinas!*

*À minha companheira de categoria nesse processo **Lorena Saraiva**, pela parceria ao longo do processo e em especial ao apoio nessa produção!*

*À minha equipe de residentes carinhosamente nomeada “As Gokus”: **Lia Rodrigues, Renata Alves, Amanda Colares e Gicélia Almeida**. Agradeço de maneira especial a cada uma por quem contraio um enorme carinho e admiração!*

*À minha orientadora nesse processo de Trabalho de Conclusão de Residência **Eliany Nazaré Oliveira** que prontamente aceitou o convite e contribuiu ao longo do processo, grata pela paciência e contribuições. .*

*À Liga Acadêmica em Saúde Mental (LISAM) na figura dos ligantes: **João Vitor, Paloma e Vanessa**, pelo apoio na facilitação das oficinas desta intervenção.*

RESUMO

Esta intervenção objetivou implantar um grupo aberto para familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidos no CAPS II Damião Ximenes Lopes, tendo como foco, o suporte terapêutico e o fortalecimento da família como provedora de cuidado. Configura-se como um projeto de intervenção desenvolvido no CAPS II Damião Ximenes Lopes, Sobral – Ceará, com familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental no momento da sala de espera. Transcorrido nos meses de setembro e outubro do ano de 2018, ocorrendo uma vez por semana. Foram desenvolvidas 5 propostas diferentes de oficina, perfazendo um total de 12 encontros. A proposta foi aprovada mediante parecer de nº 2.681.939, atendendo os princípios bioéticos previstos na Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do CNS. Participaram ao todo 23 mulheres, em sua maioria mães de crianças e adolescentes. Nas oficinas revelou-se desconhecimento das políticas de saúde mental e das terapêuticas e fluxos da rede local. Foram citadas limitações em lidar com os comportamentos, falta de adesão medicamentosa dos familiares, entraves na inclusão escolar. Apesar desses aspectos a companhia da pessoas com transtorno mental foi mencionada como fator protetor. Evidenciou-se ainda falta de apoio de outros familiares, além de prejuízos social, conjugal, laboral e financeiro. Observou-se autocuidado e saúde fragilizados. Esses achados revelam a importância dessa intervenção e a necessidade de investimento em ações dessa natureza e outras que possam voltar o cuidado também para os familiares e cuidadores.

Palavras- chave: Saúde mental; Familiares; Cuidadores; Grupos; Cuidado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPII	Hospício Pedro II
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SICC	Sistema Integrado da Comissão Científica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz do plano de intervenção no cuidado aos familiares de pessoas com transtorno mental atendidas no CAPS.....	28
Quadro 2 - Esquema estratégico para sistematização de grupo a família e cuidadores de pessoas com transtorno mental no CAP Damião Ximenes Lopes.....	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Meu encontro com o objeto de estudo.....	11
1.2	Contextualização do objeto de estudo/intervenção.....	12
1.3	Justificativa e Relevância.....	14
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1	Breve resgate da Saúde mental no Brasil: desdobramentos históricos.....	16
3.2	A família e o cuidado em saúde mental.....	18
3.3	A sobrecarga do familiar e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental.....	19
3.4	As formações grupais.....	21
3.5	Os Grupos de cuidados em Saúde Mental: Experiências Exitosas com familiares de pessoas com transtorno mental.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de Estudo.....	25
4.2	Cenário da Intervenção.....	25
4.3	Participantes e período da Intervenção.....	27
4.4	Procedimentos da Intervenção.....	27
4.5	Organização e Análise das informações	28
4.6	Aspectos Éticos da Intervenção.....	29
5	PASSOS E DESCOMPASSOS NA ATENÇÃO AO CUIDADOR DE PESSOAS COM TRANSTRONO MENTAL: O GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO.....	30
5.1	O contexto histórico: pensando o cuidado a partir das percepções dos cuidadores.....	30
5.2	Conhecendo as dores e as delícias do processo de cuidado.....	34
5.3	As afetações no itinerário do cuidado.....	37
5.4	Tocando para cuidar, cuidando para afetar.....	41
5.5	Existia uma pedra no caminho.....	44
5.6	Apontamentos e proposições para o cuidado grupal de familiares de pessoas com transtorno mental em CAPS II.....	46

6	CONSIDERAÇÕES.....	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICES.....	58
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	58
	APÊNDICE B - Instrumento de avaliação dos encontros.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Meu encontro com o objeto de estudo

Este trabalho é fruto de uma relação ética de afeto e instiga com o campo fértil da saúde mental, em especial com as pessoas familiares e cuidadoras de pacientes com transtorno mental. A aproximação com este celeiro de subjetividades deu-se inicialmente no processo de graduação. A atenção psicossocial foi e permanece sendo trabalhada atualmente no âmbito da graduação em enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA a partir do 6º período no módulo de atenção à pessoa com transtorno mental.

O desenho curricular do curso que se distribui em ciclos de vida trazia em minha época a saúde mental especificamente neste módulo. Recentemente foi incluído a possibilidade de vivências práticas nos CAPS no Internato II (atenção secundária), porém em minha época não havia essa configuração. Sobre minha experiência teço algumas críticas a respeito dessa organização curricular, uma vez que a saúde mental deveria ser um eixo transversal a todos os outros módulos assim como se propõe embora com dificuldades a prática do fazer em saúde que tem como princípio norteador a integralidade.

Na época durante o desdobramento do módulo fiquei vislumbrada com o contexto de lutas, conquistas e avanços nas políticas de saúde mental que conseguem com maior precisão aproximar-se do cuidado integral ao sujeito e suas famílias através do que se propõe a atenção psicossocial. Essa políticas, influenciadas por vários modelos de outros países são atualmente referência em muitos aspectos e inspiram outros países, ressalto o matriciamento desenvolvido em Sobral, citado recentemente em trabalhos internacionais.

Enquanto graduanda, um dos poucos momentos que vivenciei e me inspirou nessa produção a buscar compreender a importância da família nesse cuidado foram os depoimentos marcados por sofrimento desses cuidadores trazidos nos atendimentos e na assembleia dos usuários, mecanismo de participação social institucionalizado nos serviços CAPS do município de Sobral.

Revisitando os poucos momentos de aproximação com o campo prático que compreendeu pontualmente algumas visitas técnicas ao CAPS II e a unidade psiquiátrica situada no Hospital geral Dr. Estevam da Ponte, ficou perceptível ainda neste último serviço a carência de cuidado por parte da equipe aos familiares. A inquietação em conhecer essa rede que conta com laboratórios vivos desse objeto tão complexo motivou-se a adentrar nesse universo através do programa de residência multiprofissional em saúde mental.

A imersão enquanto residente na Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral (RAISM) que desenvolveu-se no primeiro ano no CAPS II Damião Ximenes Lopes permitiu experienciar fazeres de núcleo e campo tanto na perspectiva individual como grupal. Durante esse processo aproximei-me da realidade vivida por muitos familiares e cuidadores que garantem o cuidado aos usuários atendidos no CAPS. Notei algumas fragilidades no suporte ofertado a esse segmento por parte da equipe, pontuo: os escassos esclarecimentos acerca do das formas de manejo do cuidado em relação os transtornos, possibilidades de alta, fluxo na rede sócio-assistencial, algo que atribuo ao pouco conhecimentos de alguns profissionais; a frágil atuação dos profissionais na mobilização dos familiares para o eixo político, tanto nos espaços micro (atendimentos, visitas) bem como na assembleia e na associação, há familiares que desconhecem esses mecanismos; a quase inexistência de ações voltadas especificamente aos familiares, como atendimentos individuais e grupais, justificada talvez pela alta demanda, porém necessária.

Compreendendo que a família ocupa um lugar importante no acompanhamento do usuário com transtorno mental e que essa atribuição também preocupa, pois dependendo da relação nesse processo existem consideráveis chances de produção de sobrecarga nesse cuidador. Diante dessa necessidade de garantir um cuidado mais efetivo, uma vez que a organização do serviço ainda enfrenta dificuldades em garantir esse ponto da atenção psicossocial é que surge essa proposta de intervir diretamente com os familiares e/ou cuidadores dos usuários que são acompanhados no CAPS Damião Ximenes Lopes.

1.2 Contextualização do objeto de estudo/intervenção

Para fins de compreensão acerca desse objeto explorado cumpre resgatar brevemente o processo histórico de desdobramento das políticas de saúde mental no Brasil. Antes do Movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado a partir de 1970, a assistência as pessoas com transtorno mental dava-se puramente partir da lógica manicomial. Esses espaços que tão somente tinham a função de exclusão, ao utilizar de métodos questionáveis, submetiam os pacientes a condições de sofrimento intenso, negando a essas pessoas inclusive o direito ao convívio com a família, haja vista que tais espaços não previam cuidar, mas apenas segregar (FONTE, 2012).

A Reforma Psiquiátrica, influenciada pelo processo que emergia na Europa, especialmente na Itália, deflagrada no Brasil pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que teve como marco maior a aprovação da Lei 12.216 em 2011, considerada a Lei da

Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2011). Somado ao clima de redemocratização do país, as frequentes denúncias de maus tratos, estupro, e mortes não esclarecidas, além das precárias condições de trabalho, possibilitou a reformulação no modelo de atenção até então vigente (DELGADO *et al*, 2007, p. 41).

A lei, veio como um dos mais importantes marcos e avanços na reformulação do modelo de cuidado pelos serviços de saúde. Principalmente na forma de valorizar as ações extramuros e o contexto psicossocial, envolvendo principalmente a família no tratamento. A família, antes afastada da pessoa doente, por ser considerada a fonte ocasional da perturbação mental, passa agora, com a proposta da desinstitucionalização, a assumir o papel de protagonista no cuidado (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Com o fechamento das instituições manicomiais, as pessoas com transtorno e/ou sofrimento mental retornam ao lares, para serem acompanhados pelos serviços substitutivos de base territorial, tendo a família como principal aliado nesse processo de cuidado. Com a reinserção dessas pessoas na rotina, os membros que compõem essa constituição familiar devem garantir as necessidades básicas, como: coordenar as atividades diárias, administrar os medicamentos, arcar com gastos, lidar com alterações do comportamento e episódios de crise, acompanhar aos serviços de saúde bem como a outros locais quando necessário. Enfim, prover o cuidado, superando as dificuldades destas tarefas e seu impacto na vida social do familiar (SOUZA-FILHO; *et al*, 2010).

O transtorno mental repercute socialmente, o medo de sofrer com o preconceito e os estigmas envolvidos, faz com que a família inicialmente faça uma leitura distorcida, tardando a procura por ajuda. A demora compromete o ente com transtorno bem como os cuidadores, não amenizando a situação acaba propiciando maior sobrecarga e danos à saúde de todos os envolvidos (GOMES; SILVA; BASTISTA, 2018).

A transição do papel do cuidador que passa a ser assumido pela família, é complexa e incorpora diferentes necessidades ao longo do processo. Agora incluído na dinâmica familiar, a pessoa com transtorno mental requer deste núcleo atenção que nunca havia sido trabalhada até então. As novas tarefas envolvidas nesse cuidado comumente são distribuídas desigualmente entre os componentes familiares, concentrando-se a maioria dos papéis em um único membro, o que por sua vez causa desequilíbrio na família, e sobrecarga do cuidador principal (FERNANDES; ANGELO, 2016).

Com efeito, a descoberta de um ente com transtorno mental e as mudanças produzidas na rotina afeta expressivamente o núcleo familiar. A família fica fragilizada e suas relações internas e externas poder ser comprometidas, havendo deflagração importante de

sobrecarga física, emocional e financeira (NASCIMENTO, 2016) causando prejuízo nas relações profissionais, sociais e familiares do cuidador (REZENDE, 2018). Visto, isso é imperativo as equipes de saúde mental conhecerem os fatores que influenciam nessa sobrecarga, pois essa informação deve nortear o planejamento da atenção aos cuidadores, auxiliando estes na elaboração de estratégias de enfrentamento (MISQUIATTI, 2015).

Diante dessa conjuntura, muitos familiares anseiam por espaços de apoio, onde possam tirar dúvidas, compartilhar suas experiências ao longo do conviver e lidar com o ente com transtorno mental. O CAPS por meio das portarias 224/92 e 336/02, deve promover atividades que envolvam a família, contemplando informações sobre o diagnóstico, situações de crises e participação no projeto terapêutico (BRASIL, 1992; BRASIL, 2002).

É essencial que os serviços que prestam assistência em saúde mental estejam atentos as necessidades do cuidador, oportunizando a estes também cuidado. Não se pode prescindir de ofertar suporte que alivie suas sobrecargas, acolha suas dificuldades, entenda seu sofrimento e angústias. Buscando garantir a estes que se dedicam ao cuidado um melhor bem-estar e saúde mental (ALMEIDA; MENDONÇA, 2017).

Todavia, amparada nos ideias da Reforma que prevê a participação das famílias no cuidado e a repercussão que os encargos de cuidar tem sob a vida de quem cuida. Essa proposta de intervenção se norteia com base na realidade dos processos de trabalho desenvolvidos no CAPS que ainda não contemplam significativamente a família nesse cuidado psicossocial. Uma vez que o cenário assistencial carece de investimentos no amparo e cuidado dessas pessoas que precisam reorganizar suas vidas em função do cuidado. Diante dessas ponderações essa intervenção se propôs a ofertar cuidado e orientação a esses familiares e/ou cuidadores por meio de uma proposta de grupo aberto.

1.3 Justificativa e Relevância

Este estudo se justifica no próprio ideal do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro que prevê a desinstitucionalização do sujeito com transtorno mental e o retorno dessas pessoas aos seus lares. Essa inclusão no convívio familiar, o lidar com as alterações no comportamento coloca em questão as dificuldades que podem surgir nesse relacionamento com os cuidados que deverão ser retomados por parte desse núcleo familiar (FAVA, SILVA; SILVA, 2014).

Com essa mudança importante, a família que até 1980 era estudada como fator influenciador no processo de adoecimento da pessoa com transtorno mental, vem desde então

sendo alvo de pesquisas sob uma outra ótica, considerada agora aliada importante no processo de reabilitação do sujeito. O impacto do transtorno mental na família vem se desenvolvendo inclusive como área de estudo no cenário internacional com considerável produção de conhecimento e instrumentos validados (ALBUQUERQUE, 2010).

Porém, o resultado das pesquisas que vem sendo realizadas são preocupantes, pois demonstram que a experiência de cuidar de uma pessoa com transtorno mental gera estresse e sofrimento (GOMES; SILVA; BATISTA, 2018) desencadeando constantemente sobrecarga tanto de ordem objetiva como subjetiva (KEBBE; ROMEIRO; CÉLIA; DAKUZAKU; 2014) que por sua vez na pior das situações pode inclusive propiciar condições de adoecimento no cuidador (RANDEMARK; BARROS; 2010).

Apesar de não haver uma estimativa precisa quanto ao número de familiares de pessoas com transtorno mental, sabe-se a partir dos dados apresentados no Relatório Mundial de Saúde da Organização das Nações Unidas (ONU) que uma em cada quatro famílias tem, pelo menos, um membro que sofre um transtorno mental ou comportamental, ou seja, pouquíssimas são as famílias que não possuem um ente com algum transtorno mental (WHO, 2001).

Visto isso, estudos que investigam o fenômeno da sobrecarga (FAVA; SILVA; SILVA, 2014; FARIAS et. al, 2014) vão sinalizar a necessidade de construir nos serviços de saúde mental espaços que possibilitem apoio a esses familiares cuidadores. Uma sugestão para alcançar esse objetivo são os grupos que oferecem orientações acerca do manejo no cuidado e avaliam o impacto desta tarefa na vida do cuidador, afim de minimizar os prejuízos dessa função, uma vez que há alta prevalência de adoecimento neste público.

Diante das condições apresentadas que envolvem o processo de cuidar de uma pessoa com transtorno mental, quer seja assumido por um familiar, ou por alguém que não possua laços consanguíneos, mas que esteja a frente desta função, caminhando ao encontro dessa necessidade é que esta intervenção se fez relevante uma vez que possibilitou voltar o olhar para esse público a partir de uma proposta de grupo aberto, onde foram realizados momentos de acolhimento, escuta, cuidado e psicoeducação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar um grupo aberto para familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidos no CAPS II Damião Ximenes Lopes, tendo como foco, o suporte terapêutico e o fortalecimento da família como provedora de cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades do cuidador familiar relacionadas ao cuidado da pessoas com transtorno mental;
- Propor intervenção grupal voltada aos familiares e/ou cuidadores;
- Operacionalizar a proposta de intervenção grupal para familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental;
- Avaliar junto aos participantes e profissionais do CAPS a importância do grupo no processo de cuidado aos familiares das pessoas com transtorno mental acompanhadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Breve resgate da Saúde mental no Brasil: desdobramentos históricos

O Brasil descoberto em 1500, passou quase trezentos anos sem oferecer qualquer tipo de olhar para a saúde mental, pois a loucura apenas veio a ser alvo de intervenção por parte do estado no século XIX, após a vinda da família real. Nesse contexto, essas pessoas, consideradas “resíduos da sociedade e ameaça à ordem pública”, tinham como destino o confinamento nos porões das Santas Casas de Misericórdias. Aos que tinham recursos econômicos favoráveis a família mantinha em casa, do contrário, deveriam permanecer amarrados com tratamentos sub-humanos nessas instituições de caridade (PASSOS, 2009).

Influenciado pelo modelo asilar francês elaborado por Pinel e Esquirol, surge a psiquiatria brasileira, durante o segundo reinado, tendo como marco institucional a criação de vários hospitais psiquiátricos. O primeiro foi aberto em 1852 no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II (HPII). A função terapêutica defendida nesses cenários era puramente o isolamento. O afastamento da família era prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco aquele que vagava pela rua em que a família na condição de pobreza não tinha

possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que desejassem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua residência (MACHADO, 1978).

Com o advento da República, especialmente em 1890 o HPPII é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado a administração pública. Nessa época surge a medicalização da loucura, tendo ainda os hospitais psiquiátricos a exclusão como seu principal fundamento. Surge também nesse momento as colônias agrícolas, defendidas como forma única ou complementar ao tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos tradicionais (PASSOS, 2009). Apesar de consideradas como a modernização do tratamento a loucura, para aqueles que após avaliação fossem considerados passíveis de cura, estes espaços permaneciam a reproduzir a lógica do isolamento social, afim de retirar essas pessoas dos grandes centros urbanos.

As décadas de 1940 e 1950 são marcadas pela expansão de hospitais psiquiátricos públicos em vários estados do país. Nessa época foram introduzidas várias técnicas (eletroconvulsoterapia, psicocirurgia, insulinoaterapia, choque cardiazólico) defendidas pela psiquiatria, afim de estabelecer essa como uma especialidade médica (SAMPAIO, 1988; AMARANTE, 1998). No entanto essa expansão de hospitais não amenizou a situação caótica dos que já existiam.

Na Europa e nos Estados Unidos, devido ao período pós-guerra, o tratamento asilar passa a ser questionado e substituído. Em contrapartida, o Brasil não acompanha esse cenário, havendo caminhando para um movimento oposto com uma expansão dos hospitais psiquiátricos privados financiados pelos estado, especialmente em 1964, quando se vivia o golpe militar. Esse momento denominado “indústria da loucura” é marcado pelo impulsionamento às internações prolongadas (FONTE, 2013).

Diante das inúmeras deflagrações de violências, mortes não esclarecidas, e precárias condições de trabalho nas instituições manicomiais, influenciado pelo movimento de redemocratização do país, em 1970, vários setores da sociedade iniciam o debate sobre a necessidade de humanização do tratamento as pessoas com transtorno mental. Entretanto, ainda não havia definido uma proposta estruturada de um modelo de atenção a ser seguido (FONTE, 2013).

A partir da década de 1980 várias movimentos se iniciaram, surge nesse momento os primeiros CAPS. Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e em 1989 foi dado entrada no Congresso Nacional o projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado

que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, marcando o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (DELGADO *et al*, 2007, p. 41).

3.2 A família e o cuidado em saúde mental

Antes de discorrer sobre o cuidado em saúde mental no âmbito familiar é imprescindível compreender a família enquanto um dos principais contextos de socialização, exercendo com isso papel fundamental na compreensão do desenvolvimento humano. Podendo ser determinada por vários fatores, tanto aqueles do próprio sujeito como por aspectos amplos do contexto em que aquela pessoa está inserida, dada a sua constante dinamicidade (BESSA; WAIDMAN, 2013).

A família, para Minuchin (1985, 1988) é um complexo sistema de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca da melhor adaptação possível para a sobrevivência de seus membros e da instituição como um todo. O sistema familiar muda à medida que a sociedade muda, e todos os seus membros podem ser afetados por pressões interna e externa, fazendo com que ela se modifique com a finalidade de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros.

O início da assistência à saúde mental no Brasil centrada na figura do manicômio, fortemente influenciado pelo modelo pineliano de “isolamento social” coloca a família num lugar secundário perante o cuidado. Sob uma visão dualista e redutora, ora como vítima, sofrendo pelo convívio com a pessoa com transtorno mental, ora como vilã ou responsável pela cronificação e adoecimento (ROSA, 2015).

A partir de todas essas concepções, a família não possuía lugar de destaque no debate em saúde mental sendo considerada como mais uma parte que deveria ser protegida do convívio com a loucura (SILVA; MONTEIRO, 2011). De forma geral, portanto, observou-se nesse modo de atenção a atribuição do cuidado do sofrimento mental às instituições psiquiátricas, afastando as pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico de seu núcleo familiar (MARTINS, 2017).

Tal cenário conflituoso sofre modificações com o processo de Reforma Psiquiátrica, onde a família passa a ser vista e considerada sob outras dimensões, aspectos e atuações. A família agora compreendida como provedora de cuidado; como possível lugar de convivência; como sofredora diante da intensa sobrecarga advinda da produção de cuidado no âmbito

comunitário e que por conta disso necessita também ser cuidada; é percebida ainda como sujeito de ação política, na garantia da cidadania dos familiares, participação e controle social, avaliando os novos serviços que propõem cuidado psicossocial (ROSA, 2015).

Nesse sentido, Maciel (2012) retrata que a família, nos dias atuais, em face das políticas públicas brasileiras de saúde mental, que priorizam a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência, tem muita importância para o tratamento. Desse modo, Borba, et al. (2012) discorrem também que não se pode dissociar a doença/sofrimento psíquico do contexto familiar e, por ser um elemento tão essencial, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir em seu tratamento.

No entanto, para além de perceber a família como grande aliada, é necessário enxergá-la como uma unidade que necessita de cuidado por parte dos profissionais de saúde (CID; PEREIRA, 2016). Assim, os serviços de saúde devem considerar a família como uma potencial usuária, tendo em vista suas dificuldades no dia a dia e a sobrecarga no acompanhamento do processo terapêutico, e ao mesmo tempo instrumentalizá-la para compartilhar o cuidado de seu familiar necessitado de cuidados (DUARTE; VIANNA; OLSCHOWSKY, 2015).

Observa-se, portanto, que muitos familiares, agora responsáveis pelos cuidados, assumem esse papel, na grande maioria dos casos, sem muito preparo e conhecimento sobre as necessidades do seu familiar que está em sofrimento psíquico. Sendo assim, a modificação no cotidiano das famílias, exige na maioria dos casos um cuidado contínuo, que repercutirá na vida social e laboral desse cuidador, gerando por vezes um processo de sobrecarga (DUARTE; VIANNA; OLSCHOWSKY, 2015).

3.3 A sobrecarga do familiar e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental

O cuidado de uma pessoa com transtorno mental constitui-se como um desgaste econômico, psicológico e pessoal importante para as pessoas responsáveis pelo cuidado diário desses usuários (ONG; IBRAHIM; WAHAB, 2016). Diversas literaturas apontam que cuidar de pessoas com transtornos mentais graves seja um fardo mais pesado do que o cuidado que é realizado com pessoas que apresentam outros tipos de doenças (THUNYADEE, 2015).

Diversos autores descrevem o cuidado a esse público como um dos preditores de risco para diversas limitações do usuário, tendo em vista que implica grande perda de autonomia e

que requer uma atenção e assistência por outra pessoa para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida cotidiana (DE LEÓN, 2016). Sendo, uma boa parte desses usuários, em muitas ocasiões, necessitam de uma atenção constante e de apoio contínuo para as limitações ocasionadas pela doença. Esses fatores, somados à carência de recursos, faz com que muitas vezes, o cuidado da pessoa com transtorno mental esteja direcionado principalmente nas mãos da família, o que é posicionado como um provedor de cuidados e responsável do bem-estar dos seus membros (BELLATO, 2016).

No entanto, normalmente, esses cuidados reiteram sobre um único membro da família que, quase exclusivamente, é uma mulher. Nesse caso, a principal função do cuidador familiar é ajudar a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida cotidiana da pessoa que apresenta algum transtorno mental (SILVA, 2016).

Todos esses aspectos podem levar a uma sobrecarga familiar, descrito por Eloia (2018), como um termo de origem no inglês *family burden*, que representa o impacto causado pela ocorrência do transtorno psiquiátrico sobre o meio familiar, e envolve aspectos emocionais, econômicos e práticos, das pessoas que estão envolvidas nos cuidados necessários.

Essa sobrecarga pode atingir várias dimensões na vida do sujeito responsável pelo cuidado como impactos na saúde, trabalho, lazer, bem estar físico e psicológico, influenciando também nos relacionamentos entre os membros da família. Pode ser diferenciada em duas dimensões: objetiva e subjetiva, devido as repercussões concretas e emocionais. Os primeiros autores descritos na literatura a fazerem a distinção entre as dimensões da sobrecarga foram Hoeng e Hamilton o que se deu na década de 1960 (ALBUQUERQUE, 2010).

A dimensão objetiva diz respeito aos efeitos concretos e negativos na organização habitual da vida do responsável pelo cuidado, relacionados ao comportamento e sintomas da pessoa com transtorno mental. Tais como prejuízos na saúde, relações sociais e profissionais, na rotina familiar, bem como perdas financeiras (BATISTA; BANDEIRA; OLIVEIRA, 2015).

No que concerne à dimensão subjetiva, esta representa a resposta emocional, percepção ou avaliação do familiar sobre sua função de cuidador, envolvendo o sentimento de sobrecarga atribuído ao papel de cuidados. Portanto, refere-se ao grau de percepção dos comportamentos ou dependência dos pacientes (BURIOLA, et al. 2016).

Alguns dos fatores que afeta todos esses aspectos está relacionado à sobrecarga do cuidado de uma pessoa doente; a falta de treinamento específico para abordar adequadamente, bem como a preparação para enfrentar as situações que surgem em torno do dia-a-dia no cuidado (GUERRA; ZAMBRANO, 2013). Soma-se ainda a essas dificuldades, as questões relacionadas ao estigma, preconceito, a rejeição e a crença de que indivíduos que possuem algum tipo de transtorno mental sejam violentos (FASIHI, TAGHINASAB, NAYERI, 2017).

Nesse sentido, diferentes autores tentaram avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas e clínicas, relacionadas à sobrecarga do familiar e o cuidado a pessoa com algum transtorno mental. Os resultados das investigações que foram realizadas associam também um nível de carga mais alto com base em variáveis relacionadas ao sexo, parentesco, a posse de um emprego remunerado, o tipo de doença mental, etc. Por outro lado, esses autores correlacionam positivamente a idade do cuidador, anos de evolução da doença, o número de internações hospitalares e o grau de incapacidade e dependência como variáveis associadas à sobrecarga do cuidador principal (ZHOU, 2016).

Da mesma forma, o apoio social foi considerado um fator de proteção para lidar com as situações cotidianas do cuidado, pois afeta positivamente o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dele. De acordo com os estudos, cuidadores experimentam maior sobrecarga quando o apoio social recebido é menor (BARRERA-ORTIZ, 2016).

Sendo assim, Pérez (2018) destaca os benefícios do apoio mútuo e acerca da importância do desenvolvimento de oficinas e grupos psicoeducativos para que os familiares e cuidadores envolvidos no cuidado possam compreender o processo de saúde-doença; compartilhar as dificuldades e pensar juntos em estratégias de enfrentamento das mesmas. Nessa perspectiva, o autor também aconselha que haja o desenvolvimento da criação de redes de apoio coordenadas para educação em saúde direcionadas a esses familiares tanto nos serviços de saúde que atendem esse público, assim como na própria comunidade, a fim de que se amenizar a sobrecarga desses cuidadores.

3.4 As formações grupais

Segundo Melo, Filho e Chaves (2014), o ser humano é um ser social e somente existe em função de seus relacionamentos grupais. Os indivíduos nunca deixaram de se transformar, de acordo com as condições – geográficas, históricas, técnicas, culturais. Da mesma forma, a

ideia que a pessoa tem de si mesma, de seu grupo e da relação entre ambos, está sempre se transformando (MOLITERNO, et al, 2012).

Sabendo que o ser humano está inserido em grupo familiar desde o nascimento, entende-se que ao longo dos anos ele vai inserindo-se em outros grupos como na escola, igreja, trabalho, vizinhança, dentre outros. A partir dessa convivência vão sendo feitas trocas e a medida que cresce essa interação os agrupamentos vão sendo renovados e pluralizados, tendo com isso a instituição de novos vínculos (ZIMERMAN, 2007).

Assim, grupo tanto pode determinar um conjunto reduzido de três pessoas, bem como uma torcida num estádio. Apesar do termo “grupo” carregar uma conceituação um tanto vaga e imprecisa, cumpre diferenciar o termo grupo, propriamente dito, de agrupamento.

Para Zimerman (2007), agrupamento consiste na reunião de pessoas que convivem e partilham do mesmo espaço, sem vínculo emocional entre as mesmas, como exemplo músicos de uma orquestra que afinam seus instrumentos isoladamente. Já o grupo, diferencia-se de agrupamento ao passo que não se reduz a um somatório de pessoas, é uma entidade que se reúne em torno de uma tarefa e de um objetivo em comum. No entanto, um agrupamento pode tornar-se um grupo quando os “interesses comuns” passam para “interesses em comum”, ou seja, quando há interação, no caso da orquestra citada quando o maestro dá o comando para que todos assumam suas funções, a partir dessa integração, ocorre a dinamicidade do grupo.

Diante do exposto, coloca-se o “grupo familiar” não como um simples somatório de pessoas, com características próprias de cada membro separadamente. A família se constitui em um campo dinâmico, onde cada membro ao possuir fatores conscientes e inconscientes irá influenciar os demais, configurando-se como potente agente produtor de modificação, tanto em relação aos demais bem como interferindo na própria estrutura total da família (ZIMERMAN, 2000).

Para além da compreensão da família como um grupo, existe também no âmbito da saúde, especialmente na saúde mental, o formato grupal como um dos principais recursos utilizados para alcançar produção de cuidado, vínculo, acolhimento, escuta. Tal colocação tanto pode se aplicar as pessoas com transtorno mental que são atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) bem como aos seus familiares, conforme orienta a portaria 336/02.

No que tange a família de pessoas com transtorno mental como alvo de cuidado, a literatura disponível atualmente pouco discute e descreve a grupoterapia direcionada a esse público em questão. E para pensar a construção de um grupo nessa perspectiva, se faz necessário antes que o primeiro passo para organização da proposta seja o planejamento.

O grupo deve ser pensado, a priori, quanto a: sua finalidade, se tem objetivo educativo, terapêutico, operativo ou de acompanhamento, quanto a sua estrutura (setting): grupo aberto ou fechado, com um número de encontros previstos ou a depender da dinâmica de seus participantes, grupo misto ou delimitado por alguma característica específica (BRASIL, 2014).

Zimerman e Osório (1997) trazem em sua obra “Fundamentos básicos de grupoterapia” a classificação destas abordagens grupais que fundamentam quanto ao critério de finalidade dois grandes ramos: grupos operativos e grupos psicoterápicos.

Os grupos operativos têm uma ampla conceituação e uma extensa gama de aplicações. A proposta principal dessa técnica é a de grupos centrados na tarefa, ou seja, os integrantes mantêm relação direta com a tarefa, seja ela de cura, aprendizagem, entre outros. São quatro os campos de atuação para os grupos operativos: Ensino-aprendizagem; Institucionais; Comunitários; Terapêuticos (MORE, C. L. O. RIBEIRO, C. *apud* PICHON-RIVIÈRE; ZIMERMAN; OSÓRIO, 2010).

Os grupos psicoterápicos, por sua vez, que caracterizam a grupoterapia analítica, objetivam o desenvolvimento de um processo grupal que pretende trabalhar com questões psicológicas e está centrado na busca do *insight* dos aspectos comportamentais, relacionais, comunicacionais e/ou inconscientes dos indivíduos e da totalidade grupal. Nesse segmento, existem basicamente duas grandes linhas de atuação: grupos de auto-ajuda; e os psicoterápicos, propriamente ditos (enfoque teórico-técnico, que fundamenta-se em uma abordagem teórica: psicodrama, sistêmica, psicanalítica, cognitivo-comportamental) (MORE, C. L. O. RIBEIRO, C. *apud* PICHON-RIVIÈRE; ZIMERMAN; OSÓRIO, 2010).

Para além dos formatos acima proposto, as salas de espera, podem ser utilizadas no formato grupal. Esta que por sua vez, segundo Becker e Rocha (2017) apresentam-se como estratégias funcionais que oportunizam caminhos salutares para desenvolvimento de ações em promoção da saúde e cuidado. Possibilitando ainda o estreitamento de laços entre serviços de saúde e comunidade, a partir de uma interação dialógica, que produz novos sentidos atento ao reconhecimento da alteridade de cada cultura e das representações que os sujeitos trazem do processo saúde-doença-cuidado.

A prática ampliada em saúde a ser desenvolvida nos espaços de sala de espera requer a resignificação desse momento de espera a partir de uma perspectiva humanizada, efetivando e potencializando a aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade. Afim de favorecer o compartilhamento de vivências e a troca de saberes, estimulando o cuidado coletivo com a saúde fora das vias cristalizadas e normativas (SILVA, 2013).

3.5 Os Grupos de cuidados em Saúde Mental: Experiências Exitosas com familiares de pessoas com transtorno mental

As formações grupais são recursos amplamente utilizados junto a familiares e cuidadores por profissionais da saúde, sobretudo pela categoria de enfermagem, que tem como essência o cuidado. O suporte ofertado por meio de oficinas que trabalha o autocuidado desenvolvidas por enfermeiros buscam estimular nesses cuidadores o auto conhecimento e reduzir a sobrecarga de trabalho possibilitando perceber o cuidado como um momento mais prazeroso (BORGES, et al, 2015).

No âmbito da saúde mental os grupos de apoio/ suporte apresentam-se como uma importante estratégia de cuidado a familiares de pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas. A partir desse recurso é possível o enfermeiro no CAPS ad tornar sua atuação mais produtiva junto a esse público com momentos de educação em saúde, prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde (ALVAREZ, 2012).

No suporte aos familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico os grupos de apoio e psicoeducação trabalham a identificação precoce de sintomas psicóticos, manejos e estratégias de enfrentamento utilizados por esses familiares, com o propósito de melhorar o prognóstico do paciente, seu bem-estar e da família (ZANETTI 2017).

Além de proporcionar espaços de conhecimento, existem diversas experiências exitosas que revelam o caráter terapêutico das intervenções grupais. Sobre isso, Santin e Klafke (2011) em seu trabalho relatam uma experiência satisfatória com um grupo de familiares de pessoas com transtorno mental no CAPS de uma cidade interior do Rio Grande do Sul. Onde esse grupo busca oferecer suporte aos familiares tanto na perspectiva da psicoeducação, elucidando dúvidas sobre o tratamento e o manejo, como oferecendo espaço de fala, onde é possível compartilhar as angustias e o cansaço não apenas como cuidador mas como pessoa em sua individualidade.

Esse potencial terapêutico dos grupos também é traduzido na valorização dos encontros grupais em uma experiência descrita por Kebbe (2014) com grupos operativos integrados por cuidadores de pessoas com transtorno mental. A oportunidade destes conhecer realidades semelhantes e compartilhar suas experiências no cuidado com outros que também vivenciam essa condição faz despertar nesses o desejo de continuidade nesses espaços.

No CAPS ad do município de Sobral, berço desta intervenção, também é descrito por profissionais do serviço e estudantes de um projeto de extensão uma experiência proveitosa com um grupo de familiares e cuidadores dos usuários atendidos neste serviço. O acolhimento

desenvolvido nessa intervenção grupal é descrito como apoio na redução das tensões envolvidas nas crises e no acompanhamento da pessoa em uso problemático de substância psicoativas. O espaço de socialização das vivências no cuidado proporcionam conforto para superar as dificuldades encontradas no tratamento. Conferindo aos estudantes envolvidos um fértil cenário de trocas na formação profissional para o SUS (ALVES, et al., 2015).

No cenário hospitalar, mais especificamente em unidades de internamento psiquiátrico, há relatos positivos de familiares que acompanham pacientes em crise. O grupo desenvolvido nessa instituição é percebido como espaço de escuta e de trocas que auxiliam na compreensão do transtorno, conferindo maior segurança e tranquilidade. A essência do apoio mútuo trabalhado nesses espaços são estratégias vislumbradas no processo de Reforma Psiquiátrica e na Atenção Psicossocial (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018).

4 METODOLOGIA

4.3 Tipo de estudo

Tratar-se de uma pesquisa intervenção realizada com os familiares e/ou cuidadores das pessoas com transtorno mental acompanhadas no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II Damião Ximenes Lopes, durante o momento de sala de espera.

Na visão de Baard (2010) que revisou a literatura sobre Pesquisa Intervencionista, o objetivo desta forma de pesquisa é melhorar a vida da comunidade e o bem estar (incluindo o contexto organizacional) por meio do desenvolvimento de intervenções, as quais são eficazes em vários contextos da vida cotidiana, envolvendo um esforço coordenado de todos os participantes, os quais estão na verdade vivenciando o problema, resultando na geração de conhecimento para pesquisadores e práticos.

Epistemologicamente as intervenções feitas no momento da sala de espera alicerçam-se no conceito ampliado de saúde que vai considerar os aspectos mentais e físicos como indissociáveis, compondo o todo. Dessa forma, a saúde passa a ser compreendida como um fenômeno dinâmico no qual há a interação ininterrupta dos aspectos biológicos e psicológicos (MARTINS-BORGES; POCREAU, 2012).

4.2 Cenário da intervenção

O CAPS Damião Ximenes situa-se no município de Sobral, que por sua vez, localiza-se na zona centro-norte do estado do Ceará, aproximadamente 224km da capital Fortaleza. Sendo referência para uma população de 188.233 habitantes, segundo censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Estatísticas (IBGE), com população estimada para 2017 de 205.529 habitantes (BRASIL, 2010).

Inaugurado em 2000, logo após o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, devido a polêmica morte do paciente Damião Ximenes Lopes. O CAPS que carrega o nome do paciente, funciona com um dos dispositivos que compõem atualmente a Rede de Atenção Integral a Saúde Mental (RAISM) do município. Classificado segundo a portaria 336 de 2002, na modalidade CAPS II, veio marcar embora tardiamente o processo reforma psiquiátrica na região (BRASIL, 2002).

O serviço tem como perfil de atendimento, conforme orienta o Ministério da Saúde, pacientes com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. Tendo uma média de quase 2000 prontuários ativos, segundo último levantamento feito em 2017 e um total de 35. 867 atendimentos realizados no ano de 2018.

Nos serviços são ofertados atendimentos em acolhimento, visita domiciliar, enfermagem, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educação física, e técnico de referência. Dispondo ainda dos seguintes grupos: Temático, Fuxico, Música, Mulheres, Computação, Reciclagem, Esportes, “Relaxionamento”, Reciclagem, Educação em saúde, Fuxico, Expressão Corporal, Lazer, Práticas Aquáticas, Macenaria e Mães e Crianças. Oferece suporte especializado aos usuários atendidos nos 35 Centro de Saúde da Família (CSF) do município, que são encaminhados mediante matriciamento (QUINDERÉ, JORGE, FRANCO I, 2014).

No que tange os recursos humanos atualmente o serviço dispõe de uma equipe multiprofissional compostas por profissionais de nível superior, a saber: três enfermeiros, três psicólogos, um assistente social, duas terapeutas ocupacionais, cinco médicos psiquiatras. De nível médio: quatro técnicos de enfermagem. Além desses, uma gerente, dois agentes administrativos, dois atendentes de farmácia, quatro recepcionistas, um faturista, quatro serviços gerais e quatro vigilantes.

4.3 Participantes e período da Intervenção

Participaram da intervenção aqueles familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental acompanhados no CAPS II Damião Ximenes Lopes, que eram maiores de idade, estavam aguardando o atendimento no referido serviço, e aceitaram participar da proposta mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A intervenção ocorreu no período de setembro à outubro de 2018.

4.4 Procedimentos da Intervenção

A primeira etapa desenvolvida foi a apresentação da proposta à equipe, afim de que eles nos dias dos seus atendimentos mobilizassem os familiares e/ou cuidadores a participarem do grupo. O dia em que os momentos aconteceriam foi pensado com alguns profissionais, onde com base no levantamento dos dias que mais tinha fluxo de familiares e/ou cuidadores no serviço foi eleito dois turnos: às segundas-feiras à tarde, dia de atendimento infantil de psiquiatria e as sextas-feiras à tarde, quando ocorria as consultas no ambulatório de psicogeriatria.

Na primeira semana a oficina deu-se nos dois turnos citados, diante da constatação de que poucos idosos vão acompanhados com seus oficiais cuidadores, pois ocorre de ora irem desacompanhados, ora com pessoas que não são os cuidadores principais. Assim, as oficinas permaneceram as segundas-feiras à tarde no momento da sala de espera, numa média de tempo breve, de 20 à 30 minutos, totalizando 12 encontros ao final do processo. Cada oficina tinha um objetivo próprio e seguia alguns itens em todos os momentos, conforme o roteiro abaixo:

- Item 1. Apresentação da proposta seguida da apresentação dos envolvidos com uma breve dinâmica.
- Item 2. Avaliação: Ao final de cada encontro foi entregue um instrumento para avaliar os momentos juntos aos familiares cuidadores, contendo as seguintes perguntas: O que foi bom? O que faltou? O que pode melhorar?

- **Quadro 1:** Matriz do plano de intervenção no cuidado aos familiares de pessoas com transtorno mental atendidas no CAPS Geral:

PRIMEIRO ENCONTRO:
<p>Objetivo: Facilitar informações sobre a estruturação do cuidado em saúde mental antes e depois do processo de reforma psiquiátrica, e como a sociedade se relaciona atualmente com a loucura.</p> <p>Atividade: Primeiramente realizou-se o item 01. Em seguida foi solicitado que descrevessem em tarjetas palavras e/ou frases que representassem como era o cuidado nos manicômios e como passou a ser feito nos serviços substitutivos. Logo após, realizou-se uma discussão sobre os achados.</p> <p>Resultados esperados (metas): A compreensão de todos os participantes acerca do cuidado psicossocial, e como se dá a inclusão da pessoa com transtorno mental na sociedade.</p> <p>Avaliação: Conforme item 2.</p>
SEGUNDO MOMENTO
<p>Objetivo: Orientar e problematizar sobre a função de ser cuidador de uma pessoa com transtorno mental e as implicações que o exercício desta tarefa tem na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores</p> <p>Atividade: Inicialmente foi feita uma dinâmica de apresentação, conforme item 1. Logo em seguida, solicitou a cada um que falasse um pouco sobre como o ato de cuidar influencia em sua vida.</p> <p>Resultados esperados (metas): Compreensão por todos da função de cuidador e como essas repercutem na sua vida, percebendo se há sobrecarga e uso de estratégias de enfrentamento.</p> <p>Avaliação: Conforme item 2.</p>
TERCEIRO MOMENTO:
<p>Objetivo: Possibilitar que os cuidadores reconheçam e valorizem suas potencialidades e limitações durante o processo de cuidar.</p> <p>Atividade: A princípio realizou-se uma rodada de apresentação, conforme item 1. Em seguida, foi distribuído duas tarjetas em brancos para que os mesmos descrevessem em uma delas qualidades frente ao cuidado aos familiares e na outra as limitações nesse processo.</p> <p>Facilitador: conforme item 1.</p> <p>Resultados Esperados: Suscitar a reflexão reconhecimento dos aspectos positivos e suas limitações no processo de cuidar.</p> <p>Avaliação: Conforme item 2.</p>
QUARTO MOMENTO
<p>Objetivo: Sensibilizar os cuidadores sobre a importância e valorização que devem destinar ao autocuidado.</p> <p>Atividade: De início realizou-se dinâmica de apresentação, conforme item 1. Dando continuidade, foi solicitado a cada um que apontasse atitudes de cuidado que eles direcionam a si no dia-a-dia.</p> <p>Resultados Esperados (metas): Acredita-se que com esse momento as pessoas iriam refletir melhor sobre a importância do autocuidado, retomando esse cuidado, caso ele estivesse precarizado.</p> <p>Avaliação: Conforme item 2.</p>
QUINTO MOMENTO
<p>Objetivo: Possibilitar momento terapêutico aos familiares e/ou cuidadores</p> <p>Atividade: Realizado dinâmica de apresentação, conforme item 1. Esse momento contou com exercícios de alongamento, relaxamento e finalizando com uma massagem e automassagem.</p> <p>Resultados esperados (metas): Espera-se que ao final do momento os participantes sentissem mais relaxados e cuidados.</p> <p>Avaliação: Conforme item 2.</p>

Fonte: Produzido pela autora.

4.5 Organização e Análise das Informações

Utilizou-se a análise temática de conteúdo de Minayo (2007) que desdobra-se nas seguintes etapas: Pré-análise, onde a partir da gravação das falas nos encontros e transcrição das mesmas, foi realizado uma leitura flutuante para constituição do corpus, onde foi possível

emergir nesse processo hipóteses e reformulação de hipóteses já estabelecidas. Em seguida desenvolveu-se a fase de exploração do material ou codificação, onde foram definidas as categorias a partir das expressões significativas mais apontadas. O conteúdo das falas foram organizados e identificados pelo código FAM variando de 01 à 23. E por fim, a etapa de tratamento dos resultados obtidos/ interpretação, que deu-se inter-relacionando os achados com a literatura pertinente.

4.6 Aspectos Éticos da Intervenção

O projeto dessa pesquisa- intervenção teve anuência da Comissão Científica (SICC) da Secretaria de Saúde de Sobral, e posteriormente aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA mediante parecer favorável de nº 2.681.939.

A pesquisa desenvolveu-se em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que coloca o pesquisador-membro da equipe de pesquisa, como responsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012). Assegurando a observância dos princípios bioéticos dispostos na mesma resolução, a saber:

- Autonomia, respeitou-se a decisão do familiar de não mais desejar participar da intervenção, quando assim foi manifestado o desejo. Para isso, foi previamente oferecido todas as informações necessárias para compreensão do processo grupal. Destacou-se ao longo da explicação sobre a pesquisa que a negativa em relação a participação não comprometeria o atendimento de seus familiares no CAPS, bem como seu acompanhamento junto ao mesmo no serviço.
- Não maleficência, onde se empenhou a avaliar e evitar ao máximo expor os familiares a riscos e/ou danos previsíveis.
- Beneficência, avaliou-se os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos), buscando o máximo de benefícios, reduzindo ao mínimo os danos e riscos.
- Justiça e equidade, em que todos os familiares participantes, foram tratados com bases nas suas particularidades.

Assim, todos os participantes foram informados do objetivo do estudo bem como da divulgação dos dados à comunidade científica, respeitando-se as recomendações sobre ética em pesquisa. Para além, foi apresentado a todos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garantiu seu anonimato e atenta para a liberdade de decisão dos sujeitos de

participação ou desistência em qualquer momento do estudo sem nenhuma penalidade para os mesmos e seus familiares atendidos no serviço.

5 PASSOS E DESCOMPASSOS NA ATENÇÃO AO CUIDADOR DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: O GRUPO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Durante as 12 oficinas ocorridas em formato de sala de espera predominaram a participação de familiares/ cuidadores do sexo feminino que acompanhavam crianças para atendimento psiquiátrico no ambulatório infantil do CAPS II. Historicamente as práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito domiciliar são desenvolvidas sobretudo pela figura feminina (RANDEMARK E BARROS, 2010). Estudos demonstram que predominantemente esse público estaria ligado a tarefa de cuidado as pessoas com transtorno mental (ESTEVAM, 2011; DALTRO, 2018; COSTA, 2011; KEBBE, 2014).

Vale frisar que ao longo dos momentos a quantidade de participantes era flutuante, em virtude do formato aberto do grupo, contando com uma média de 3 à 4 mulheres, onde a cada encontro haviam pessoas diferentes. As 5 propostas de oficinas com temas diversos foram reproduzidas uma vez por semana por duas semanas.

5.1 O CONTEXTO HISTÓRICO: PENSANDO O CUIDADO A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES

A primeira oficina teve como objetivo discutir sobre o cuidado em saúde mental no município de Sobral antes e após o período de reforma psiquiátrica. A discussão deu-se por meio de tarjetas com palavras e/ou frases que contemplavam esses dois recortes temporais. A maioria dos familiares demonstraram desconhecer a realidade local do cuidado as pessoas com transtorno mental no período que precede a reforma, como segue a fala abaixo:

Eu não sei [...] lutar com gente assim era muito difícil, as coisas eram muito difíceis, porque lá onde eu moro (zona rural) nem posto de primeiro tinha, agora é que já tem. FAM 03

A Estratégia Saúde da Família (ESF) em Sobral foi introduzida no ano de 1997 (ANDRADE, 2004). O cuidado em saúde mental desenvolvido nas unidades básicas de saúde por meio do apoio matricial em Sobral foi estruturado a partir de 1999 com a figura da Preceptoria de Psiquiatria na primeira turma de especialização em caráter de Residência em

Saúde da Família. O programa contava a princípio com profissionais médicos e enfermeiros, apenas em 2001 passou a incluir outras categorias (PARENTE et al., 2006).

No tocante ao suporte de saúde mental ofertado nas unidades básicas de saúde, serviços que após a Reforma Psiquiátrica estão inclusos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um dos pontos de atenção responsável por trabalhar a saúde mental tanto na perspectiva da promoção dessa, como da prevenção de sofrimento e adoecimento mental, bem como acompanhando os casos em que já há um comprometimento de leve a moderado. Alguns familiares queixaram-se da ineficiência desses serviços em identificarem os casos e conduzirem o cuidado nesse nível de atenção, como evidenciado na fala:

Por que lá o PSF não tem profissional, a começar pela agente de saúde, nem encaminhamento, nem orientação dá. FAM 05

O enfermeiro (posto de saúde) ele sabe qual o problema que tem risco então é pra ele puxar do agente de saúde os problemas que tem naquelas casas, ele não faz isso, ele vai uma vez perdida lá, e quando ele vai é pra vacinar e olhar bebê e gestante. Ele não se preocupa com a saúde mental não, enfermeiro lá (zona rural) infelizmente não tem essa visão da saúde mental, é só quem tem hipertensão[...] Eu vejo dessa forma que eles não sabem escutar, não é só o ACS, é a equipe todinha, pra começar pelo da ponta que recebe que é o enfermeiro, ele que tem que mostrar logo o diferencial para os menores, os ACS, os técnicos de enfermagem. FAM 02

Sabe-se que inúmeros são os desafios que atravessam a articulação entre políticas de saúde mental e a atenção básica. Essa falta de integração tem como consequência demandas reprimidas em saúde mental, em virtude do elevado número de usuários sem acompanhamento nesse nível de atenção (DIMENSTEIN et al, 2005). Essa realidade é ratificada também em um estudo feito com profissionais que atuavam com saúde mental na atenção básica, onde através das percepções destes profissionais foi possível concluir que nem sempre os profissionais que compõem as equipes de saúde na atenção básica estão preparados para atender as demandas de saúde mental existentes. (AOSANI; NUNES, 2013).

Durante a discussão acerca dos equipamentos que oferecem cuidado psicossocial atualmente ainda nessa perspectiva histórica, alguns familiares demonstraram conhecer apenas o CAPS, como segue a fala abaixo:

*Meu filho só foi atendido aqui no CAPS. FAM 04
Também não sei como era antes não. FAM 01*

O CAPS foi um dos marcos da reforma psiquiátrica, por isso utilizou-se seu início como marco divisor entre o período pré e pós reforma. Acredita-se que o conteúdo das falas deu-se

por conta que no dia desta oficina haviam apenas mulheres familiares de jovens menores de 17 anos. O CAPS Damião Ximenes Lopes, cenário desta intervenção foi um dos primeiros serviços que passou a compor a RAISM que por sua vez tem apenas 18 anos, pois começou a funcionar pouco antes da Casa de Repouso Guararapes fechar. Porém, outra familiar que também era usuária do serviço apontou que muito embora não tivesse feito tratamento no Hospital Psiquiátrico, referência na época, esta tinha conhecimento das formas de tratamento utilizadas naquele serviço a partir de relatos do companheiro que na época era auxiliar de enfermagem na instituição:

Meu esposo trabalhava lá, ele me contava que a comida que ia para eles (pacientes) quem comia era os funcionários e dizia que eles eram muito maltratados. Disse que batiam nos pacientes e uns até fugiam de lá. FAM 04

Minha tia foi agredida no Guararapes e aí minha vó tirou ela de lá. FAM 05

O Hospital Guararapes, aberto em 1974, foi palco de inúmeras violações de direitos, onde prevaleciam o isolamento social e familiar, internamentos inadequados e maus tratos. Tendo como exemplo desta violência a morte do paciente Damião Ximenes Lopes, fato que motivou inúmeras outras denúncias que ao serem apuradas permitiu identificar diversos casos de violação de direitos. Essa situação levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde a decretar uma intervenção neste serviço que durou 120 dias e que resultou no seu descredenciamento e fechamento, surgindo daí a Rede de Atenção Integral a Saúde Mental de Sobral- RAISM (SÁ; BARROS; COSTA, 2010).

Nessa perspectiva de cuidado psicossocial atual, o CAPS, funciona como um serviço extra hospitalar, substitutivo ao modelo manicomial, sendo de base comunitária, operando com equipe multiprofissional na lógica de rede. A presente proposta de grupo de família é para além de oportunizar espaços de fala também fornecer orientações acerca da lógica de funcionamento dos serviços que compõem a RAISM, a exemplo do CAPS, cenário desta intervenção. Nesse sentido pontua-se um importante aspecto observado nas falas das participantes, o acompanhamento dos usuários familiares dessas mulheres se dar apenas pelo profissional médico, no caso o psiquiatra, como demonstra as falas:

Não, minha filha é atendida apenas pela Dra. FAM 01

Até agora só quem atendeu meu filho foi a Dra. “Fulana” [...] não sei o que é esse técnico de referência não. FAM 04

Essa centralização do cuidado na figura médica sinaliza um dos desafios do processo de reforma que é superar a hegemonia do modelo biomédico. Muito embora a essência da reforma psiquiátrica esteja alicerçada no trabalho interdisciplinar, a realidade dos processos de trabalho dos CAPS como aponta Fiorati e Saeki (2013) ainda se dá com ênfase na tecnificação da atenção nos núcleos de competência, em detrimento do saber interdisciplinar; prevalecendo a clínica médica sobre as demais terapêuticas, tendo uma supervalorização da terapêutica medicamentosa e subvalorização das intervenções de cunho psicossocial; além de limitações da equipe na organização para elaboração dos projetos terapêuticos coletivos e interdisciplinares.

Na oficina problematizou-se acerca dos mecanismos de potencial participação e controle social existentes no CAPS, como a Assembleia e a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental. Quando indagado aos participantes do grupo sobre o conhecimento acerca desses espaços, evidenciou-se um desconhecimento acerca dessas estratégias, como demonstram as falas:

Eu não conheço! FAM 06

Acho que já vi isso aí no dia que eu vim buscar o remédio do meu filho, um povo reunido aqui na entrada, mas nunca participei não, acho que é pra debater alguma coisa, né? FAM 04

Essas colocações ilustram um aspecto da realidade acerca da participação social nas assembleias e associação existentes na RAISM, onde frequentemente funcionam apenas com a participação daqueles usuários que estão diariamente no serviço e alguns trabalhadores. Existe uma baixa ou quase nula frequência de familiares e dos demais usuários que são acompanhados no serviço. Costa e Paulon (2012) reafirmam a incipiência da inclusão e participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas no Brasil.

Nessa seara da participação e controle social, como marco regulatório temos a Constituição Federal de 1988 que em seu artigo 198 determina a participação da comunidade enquanto diretriz constitutiva do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo a Lei 8142/90 como a legislação que institucionaliza a participação da comunidade da gestão do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Já no âmbito da Saúde Mental as Assembleias são espaço de convivência e discussão de questões referentes ao serviço garantidas por meio de publicação do Ministério da Saúde (2004) sobre os CAPS. Apesar desse arcabouço legal existem inúmeros desafios que implicam no processo de efetivação dessa participação, e tão

somente a institucionalização desses fóruns participativos não garante por si só a efetiva realização dos objetivos principais desses espaços democráticos.

Contudo, os três momentos ocorridos com a proposta de discutir sobre as formas de cuidado a partir de um contexto histórico disparou vários debates. Problematizou-se desde o cuidado sob uma ótica mais macro até as terapêuticas desenvolvidas no CAPS Damião Ximenes. Ficou notório que muitos participantes desconheciam a realidade das políticas de saúde mental, e embora alguns acompanhem seus familiares há um tempo notou-se pouco entendimento sobre fluxo e formas de cuidado que o CAPS oferta. Nessas oficinas o grupo operou numa lógica de orientação e esclarecimento, suscitando ao debate na esfera política.

5.2 CONHECENDO AS DORES E AS DELÍCIAS DO PROCESSO DE CUIDADO

Na segunda proposta de oficina em que trabalhou-se as dificuldades e potencialidades vivenciadas no processo de cuidar de uma pessoa com transtorno mental surgiram depoimentos que caracterizavam principalmente alguns entraves em lidar com as mudanças no comportamento do familiar cuidado, como evidencia a fala abaixo:

Da primeira vez, quando você não entende a doença, se você não conhece, nunca lidou, quando apareceu eu lá sabia o que era, tanto que ela batia em mim eu batia nela, ela queimava tudo. Quando começa a lidar aí a gente entende, o médico começou a abrir meus olhos. FAM 07

Eu me estresso com ela (filha) porque ela chora muito, as vezes faz “cocô” nas calças e briga muito com os irmãos. No começo eu achava que era normal mas com o tempo foi piorando. FAM 09

Percebe-se a partir das fala algo semelhante ao que Bessa e Waidman (2013) evidenciaram em seu estudo, onde após o diagnóstico de transtorno mental a família passa por um período de adaptação, que exige mudanças na rotina domiciliar e no relacionamento entre os seus membros para conseguir um melhor convívio. Nessas circunstâncias, o apoio por parte de uma equipe multiprofissional capacitada se faz imprescindível, uma vez que o diagnóstico precoce e as orientações sobre os cuidados pertinentes a cada caso, possibilitam aos cuidadores compreender e lidar melhor com as necessidades das pessoas por eles cuidadas.

Acerca ainda das dificuldades que permeia a trama das relações, algumas familiares e cuidadores destacaram a insegurança em lidar com os comportamentos da pessoa com

transtorno mental, uma vez que tais alterações geram sentimentos de medo, como segue na seguinte fala:

Eu gosto da minha filha quando ela tá bem, é minha companhia. A doença dela é muito silenciosa ela tem esquizofrenia, sofre muito com as crises, se trancava no quarto e não saia nem pra tomar banho, na última internação ficava querendo se armar com faca e atacar a gente, as crises dela são bem fortes, eu sofro muito. FAM 07

As colocações dessa familiar assemelha-se aos achados na pesquisa desenvolvida por Duarte e Ferreira Neto (2016), em que a presença de violência também é relatada por alguns familiares conjugues. Estudos apontam que quanto maior a gravidade dos sintomas maior é a sobrecarga, e que o número de internamentos está diretamente ligado a sobrecarga subjetiva (GALERA; ZANETTI; FERREIRA; GIACON; CARDOSO, 2011).

Sinalizou-se também como limitação frente ao cuidado a pessoa com transtorno mental a falta de adesão medicamentosa que por vezes pode gerar processos de recaídas, crises e conseqüentemente mudança na rotina familiar, assim como apresenta-se:

Dificuldades assim é quando ela tá sem medicação, aí fica agitada, zangada quebrando as coisas, muito imperativa. FAM 09

O que dificulta ela ficar prestando atenção na sala de aula é só a falta do remédio que ela toma a ritalina, quando ela toma fica tranquila. FAM 08

Tal constatação também é evidenciada por Guimaraes, et al (2016), em seu estudo sobre o desafio da família no cuidado às pessoas com transtorno mental. Atribui-se que a não aceitação da medicação culmina em situações de agressividade e alteração do comportamento, sendo assim apontado como um dos maiores desafios enfrentados pelos cuidadores no dia-a-dia.

Os fármacos uma são estratégia terapêutica amplamente utilizada para melhorar a sintomatologia dos transtornos mentais. Alcântara, et al (2018) no estudo sobre a terapia medicamentosa em saúde mental demonstrou que esse recurso possibilita melhorar a qualidade de vida, favorecendo as relações interpessoais estabelecidas com a família e com a sociedade, e autonomia para desenvolvimento das atividades em casa e de autocuidado.

As fragilidades envolvidas na relação com a escola surgiu também como uma dificuldade apontadas pela familiares. Algo que acaba por sobrecarregar a rotina familiar, uma vez que essa ainda se mostra a partir das falas, incapaz de garantir uma política

sóciopedagógica de inclusão da criança com transtorno mental nesse cenário, sendo um entrave na efetivação deste direito:

As professoras não querem mais aceitar ele no colégio porque elas não sabem como lidar com as crises que ele tem. Mas mesmo assim eu insisto que ele tem que ir pra escola pra aprender, só que já tá de um jeito que nem ele não quer mais ir. Sofro muito com isso! FAM 11

Eu vou ver se ela volta a estudar por que parou, né? Eles diziam que ela não aprendia nada e pediam laudo pra ela estudar lá. FAM 13

Nessa direção, Sanches e Oliveira (2011) apontam em seus estudos de casos realizado com mães de crianças e adolescentes que tem transtorno mental, que precede a qualquer proposição de educação inclusiva, a quebra dos paradigmas que cercam a pessoa com transtorno mental. Considera-se que as proposições dessa educação inclusiva para garantir a universalização do acesso e da qualidade do contexto sócio-educacional partem de um movimento maior que é a Inclusão social. Negar esta possibilidade de relação outra na comunidade que não apenas a familiar, como na escola, no caso, é ainda estar distante do horizonte da Reforma Psiquiátrica.

Os autores supracitados vão sinalizar que apesar das inúmeras publicações e documentos que indiquem a importância da intersetorialidade para a qualidade da atenção necessária e para ressignificação da vida das pessoas que sofrem algum transtorno mental, os profissionais que atuam nas áreas da educação e da saúde encontram-se com práticas distantes dessas orientações. Dessa forma, dialogar sobre essas questões com os familiares se faz necessária para minimizar essas discrepâncias entre a teoria e a prática, atuando diretamente no sofrimento que muitas vezes essa falta de diálogo e entendimento produz.

O segundo momento da oficina destinou-se a abordar as potencialidades, ou seja, os sentimentos prazerosos que emergem desse processo de cuidar da pessoa com transtorno mental, as pontuações surgiram em menor proporção, se comparado aquelas feitas em relação as dificuldades, porém a fala abaixo demonstra que a companhia da pessoa cuidada pode apresenta-se como um fator positivo:

O lado bom é quando ela volta o sentido que começa a se preocupar comigo aí é ela, tá aí, é ela agora! Jamais ela olha pra mim quando tá doente, jamais dá um sorriso. FAM 07

Apesar dos pouquíssimos estudos abordarem essa faceta do cuidado, acredita-se a partir dessa fala que a estabilização do quadro permite um melhor convívio podendo se apresentar como uma variável preditora de menor grau de sobrecarga subjetiva. Apesar desta intervenção

não ter medido a sobrecarga dos familiares ela permitiu a partir dos achados alertar para a necessidade que as equipes de saúde devem dar a realidade vivida pelos familiares. Buriola et al, (2016) a respeito desse assunto destaca que as equipes precisam ousar e romper preconceitos relacionados aos transtornos com intervenções que objetivem fortalecer a família, destacando os pontos positivos afim de amenizar a sobrecarga e buscando potencializar a interação e empatia nas famílias.

Nessas últimas discussões nem todos os participantes conseguiram identificar ou perceber algo de satisfatório nesse processo de cuidado. Porém, a literatura demonstra que apesar das evidentes manifestações de sobrecarga vivenciadas por cuidadores, muitos sentem-se satisfeitos em cuidar do familiar (ELOIA, et al. 2014; NASCIMENTO, et al. 2016). Acredita-se que isso se dá, sobretudo quando existe uma rede de apoio que confere enfrentar e conceber o cuidado de forma menos negativa.

5.3 AS AFETAÇÕES NO ITINERÁRIO DO CUIDADO

Sabe-se que a experiência de cuidar de com uma pessoa com transtorno mental, comumente exercida por um familiar, pode gerar sobrecarga e conseqüente sofrimento ou até adoecimento físico e mental do cuidador. Esse fenômeno pode envolver duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira relaciona-se as conseqüências negativas provenientes do desempenho das tarefas de assistência a pessoa com transtorno mental e a segunda diz respeito à percepções e aos sentimentos do familiar quanto a experiência de conviver e cuidar (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

Na oficina em que discutiu-se sobre as implicações que o exercício de cuidar de uma pessoa com transtorno mental pode ter na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores, houveram alguns relatos que demonstravam que o cuidado na maioria das vezes é assumido por apenas um familiar. A falta de apoio de outras pessoas ou mesmo da família para compartilhar os encargos dessa tarefa gera sofrimento:

Quando meu filho nasceu minha vida mudou muito, porque ninguém na minha família aceitava ele por ser negro, e também a doença dele, sofro muito com isso, é só eu pra cuidar. FAM 17

Teve um tempo que ela casou, mas aí o cara começou a maltratar ela, bater, aí eu tive que tirar ela do poder dele, e hoje ela voltou a ficar

só comigo por que só quem cuida sou eu, é só eu e ela em casa. FAM 14

Tem dias que eu tô estressada , porque assim eu faço as duas faxinas, sozinha fazendo as coisas [...] tem dias que tem mais coisas, ir atrás dos remédios, tudo sou eu né, não tem ninguém que me ajude, tudo sou eu [...] Agora tem que levar no fórum só tem eu pra levar, no colégio também. FAM 11

Essas percepções são corroboradas por Kebbe, et al (2014) em seu estudo com cuidadores de pessoas com transtorno mental que também assinalaram essa fragilidade da falta de envolvimento de outros membros da família em compartilhar as tarefas de cuidado. Esse aspecto nas relações familiares pode se dá por conta do preconceito e desinformação acerca do transtorno mental o que acaba por gerar rejeição e abandono da pessoa com transtorno e também do seu cuidador.

Ao assumir a total responsabilidade por assistir, supervisionar e até mesmo modificar sua rotina para melhor atender a pessoa com transtorno mental, uma condição vivida com sobrecarga pelo acúmulo de tarefas advindas dos cuidados, os cuidadores atribuem compromentimentos em suas relações sociais:

Eu sempre ía para as reunião dos idosos, sempre participava, mas com a piora da doença dela não posso mais ir. Os aniversários do povo, tudo eu ía, até as missas que gostava muito deixei de ir. Sinto muita falta das missas. FAM 13

Sou testemunha de Jeová, na época era coordenadora de um grupo de oração, mas com o acidente tive que deixar de ir, porque não posso deixar ele só. FAM 22

Essas necessidades de cuidado em tempo integral impedem muitas vezes que o cuidador exerça atividades que ocorrem em horários específicos, o que acaba por mudar consideravelmente a rotina dessas pessoas (ALMEIDA; SCHAL; MARTINS; MODENA, 2010). Dessa forma o que poderia se comportar como uma estratégia de enfrentamento na sobrecarga, neste caso o suporte social, por meio da religião e espiritualidade acaba comprometido.

Nessa perspectiva ainda da repercussão que a dedicação exclusiva as tarefas de cuidado podem ter nas relações sociais, foi pontuado que a falta de tempo para poder exercer atividades importantes como estudos impossibilita as chances de alcançar melhores oportunidades de emprego no mercado de trabalho:

Depois que tive ele não pude mais estudar, meu sonho era um dia fazer curso técnico de enfermagem ou ser médica pra ajudar a cuidar dele também. FAM 17

Parei de estudar porque não tinha como estudar e cuidar dele ao mesmo tempo, por isso sou empregada nas casas dos outros. FAM 12

Atrasos e ausências a compromissos são alterações citadas por familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental quando este necessita estar internado devido a uma quadro de crise. Essas situações repercutem também nas atividades sociais e de lazer gerando sobrecarga esse considerável impacto na rotina dos cuidadores é atribuído por Eloia, et al. (2018) a uma deficiência ou inexistência da rede social e familiar.

Essas manifestações de sobrecarga objetiva a exemplo da falta de tempo, consumido sobretudo para o ato de cuidar acaba por influenciar inclusive nas possibilidades de manter uma situação ocupacional já exercida, levando ao abandono do emprego, imprimindo o pesar nas falas:

Depois que ele teve esse acidente e ficou desse jeito precisei deixar de trabalhar também pra cuidar dele[...] gostava do meu emprego. FAM 22

Desse jeito é ruim, porque pra gente trabalhar ninguém quer ficar, porque ela aqui ninguém quer ficar, o meu mais novo que parece que vai no mesmo ritmo dela também ninguém quer ficar, tem 4 meses mas já passa o dia gritando, chora que só[...] é ruim, fica ruim, porque a gente tem que cuidar, tem que ficar o dia todinho batendo cabeça com essas criança, aí a gente se estressa. FAM 13

O mesmo apontamento foi feito por familiares de pessoas com transtorno mental que participaram de um estudo desenvolvido por Gomes, Silva e Batista (2018) que objetivava compreender essas implicações das atividades de cuidar na vida do cuidador. Demonstrou-se que essa situação acaba por gerar angústia afetando a qualidade de vida e podendo desencadear adoecimento.

O aumento nos gastos para custeio das necessidades da pessoa com transtorno mental é percebido por muitos familiares. O impacto ocorre na renda da família daqueles que não recebem nenhum benefício assistencial, mas também é citado pelos cuidadores beneficiários. Ocorre que com esses últimos apesar do auxílio ser usado nas despesas da família existe o contraponto da perda da renda do cuidador que não conseguiu manter uma atividade remunerada devido a necessidade de dedicação exclusiva aos cuidados:

Depois que ele precisou parar de trabalhar as condições financeiras também ficaram mais apertadas[...] tem o auxílio que conseguiu depois do acidente mas mesmo assim tem muitas coisas que precisa comprar pra ele. FAM 22

É muito difícil porque ele não tem benefício, nenhum dos dois, e eu não tenho condições de comprar os remédios que são caros[...] o dele aqui faz é tempo que tem que renovar os papéis mas o médico que atende ele lá no posto nunca mais foi, por isso queria que ele vinhesse pra cá (CAPS II). FAM 11

As dificuldades financeiras decorrentes do custos envolvidos nos cuidados a pessoas com transtorno mental também foram mencionadas por Oliveira et, al. (2017) como um dos domínios que indicam sobrecarga subjetiva. A questão financeira é sentida mesmo quando o paciente recebe algum benefício como destaca Schein e Boeckel (2012) em seu estudo, pois nas situações em que o único provento advém do benefício, ao ser aplicado em todas as despesas da família acaba tornando-se insuficiente.

A tarefa de cuidar também repercute diretamente nas relações interpessoais, acaba por gerar sobrecarga subjetiva, impactando diretamente tanto no autocuidado como na precarização deste, o que por sua vez afeta as relações afetivas, como revela a seguinte fala:

“Meu marido me diz que antes eu ajeitava os cabelos só andava arrumada, e agora não me cuida mais. Passo o dia cuidando de menino”. FAM 13

A fala acima suscitou o debate sobre possíveis afetações que o processo de cuidado pode ter nas relações afetivas, porém as oficinas ocorridas não problematizaram sobre assuntos como as atividades sexuais, um aspecto importante na vida de quem cuida e que pouco é abordado na literatura atual. Um estudo desenvolvido por Daltro et al, (2018) alertou para essas mudanças nos relacionamentos sexuais, onde a maioria dos cuidadores de pessoas com transtorno mental envolvidos afirmaram não ter mais esse tipo de relação, algo que pode ocorrer devido à falta de tempo e de interesse. Diante da relevância do assunto desperta-se para a importância de compreender esta realidade.

Se faz necessário o familiar ter espaços para confidenciar seus sentimentos, Borba, et al, (2011) evidencia isso em seu estudo que aponta a necessidade que as famílias têm de falar, compartilhar suas experiências, de ter alguém para ouvir as angústias e as vitórias que conquistaram no tratamento, no relacionamento com o familiar que adoeceu e nas descobertas de estratégias de enfrentamento.

Acredita-se que diante desses processos de vida permeados por sobrecarga, sofrimento e adoecimento experienciado pelos familiares e/ou cuidadores, urge reinterar a necessidade de desenvolvimento de ações que proporcionem a essas pessoas momentos de apoio, orientação e também cuidado. Compreende-se que a sobrecarga dos cuidadores deve ser tratada como parte do processo de reabilitação psicossocial por uma equipe multiprofissional (DELGADO, 2014).

5.4 TOCANDO PARA CUIDAR, CUIDANDO PARA AFETAR

As oficinas de cuidado envolveram técnicas de alongamento, massagem, automassagem e relaxamento. O momento foi conduzido apenas pela residente coordenadora do grupo. Embora a formação em enfermagem não confira habilidades técnicas para o desenvolvimento de algumas práticas corporais, a formação no programa de residência multiprofissional propicia incorporar fazeres de outras categorias que enriquecem as práticas em saúde.

As últimas oficinas nesse ciclo de cinco, se deram no intuito de proporcionar aos familiares e/ou cuidadores momentos de cuidado. Durante a condução do momento terapêutico da massagem percebeu-se vários pontos de tensões na musculatura das participantes reforçando com isso a necessidade desses momentos, como revela a fala:

Momentos assim são muito importantes pois ajudam bastante, porque a gente não tem muitas vezes tempo de se cuidar. FAM 14

Ah, eu adorei isso porque eu sinto muitas dores nas costas e no corpo todo (risos). FAM 17

A rotina intensa de familiares e/ou cuidadores envolvendo os encargos no cuidado a pessoas com transtorno mental requer importante investimento de energia e conseqüente desgaste emocional e físico. Essa alta demanda que envolve muitas atividades e o tempo dispendido, são fatores preditores de sobrecarga que desfavorecem o autocuidado e a autoestima. Por isso, programas de intervenção pensados para os cuidadores são essenciais para minimizar danos à saúde destes, beneficiando dessa forma o binômio paciente- cuidador (FAVA; SILVA; SILVA, 2014).

A princípio não houve como identificar e atribuir exatamente se há uma relação de causa-efeito entre as tensões e dores por elas relatadas com as incumbências do cuidado cotidiano, porém sabe-se que há forte tendência de haver essa relação, como mostra as falas:

Desde muito nova já tinha essas dores, mas acredito que pioraram depois que ele adoeceu. FAM 15

Meus ombros tem ficado muito duros de uns tempos pra cá. Não sei se foi depois que passei a precisar fazer mais coisas em casa. FAM 14

Diferentemente do que revelou as participantes desta intervenção, familiares entrevistados em um estudo desenvolvido por Nascimento et al. (2016) relataram que sua saúde física, mental e social não foi afetada a experiência de cuidar, o que foi relacionado pelos autores ao fato de estas manterem bom relacionamento com a condição de seu familiar. Porém, acredita-se que isso não seja algo isoladamente determinante.

Durante o momento de automassagem proposto como forma de favorecer o autocuidado percebeu-se que não é hábito o exercício de cuidar de si, e isso acaba sendo justificado pela falta de tempo decorrente dos encargos diários do cuidado, como evidencia as falas seguintes:

Antes quando não tinha tanto menino e este aqui que me dá muito trabalho eu até que me ajeitava, fazia a unha, agora é só ajeitando casa e cuidando de menino. FAM 13

Não tenho tempo pra me cuidar porque passo o dia resolvendo as coisas e cuidando dele[...] teve um tempo que eu ainda fazia uma caminhada. FAM 11

A enfermagem desempenha importante papel no suporte ao cuidador. Acerca disso destaca-se o papel desta categoria profissional na valorização do autocuidado e das necessidades do cuidador que devem ser priorizadas na prática assistencial do enfermeiro. Devendo auxiliar na elaboração de planos de cuidados que fomentem a participação do cuidador na tomada de decisão sobre aspectos sociais e de saúde, em busca de uma melhor qualidade de vida e bem-estar (BORGES; CUNHA; SILVA, 2015).

Após o momento terapêutico foram discutidos algumas questões e avaliado como elas se sentiram durante o processo. A saúde e a qualidade de vida são aspectos importantes a serem trabalhados, uma vez que muitas mulheres já passam por processos de adoecimento tanto de ordem física como mental, como revela as falas:

Faço acompanhamento em Fortaleza tem a psicóloga lá, faço tratamento aqui no CAPS (depressão), tenho problemas de coluna, tô esperando uma cirurgia[...] Já tentei muito suicídio, num vou mentir[...] De vez em quando eu baixo o Regional com dor. FAM 17

Eu também sou acompanhada aqui no CAPS (depressão) faz um tempo já. FAM 15

Sabe-se que não há como afirmar essa determinação do papel de cuidador com o seu adoecimento nestas situações específicas, esta intervenção não objetivou avaliar tal questão. No entanto, a experiência dos familiares nesse processo de cuidado de forma semelhante é abordada em um estudo desenvolvido por Almeida e Mendonça (2017) onde os familiares envolvidos afirmaram ter adoecido devido à sobrecarga do cuidado, necessitando inclusive do uso de psicofármacos e de terapia devido a esse contexto.

A saúde é um dos parâmetros mais importantes a ser contemplado na vida do cuidador familiar. Estudos sinalizam que a preocupação com a saúde é algo destacado por aqueles que cuidam de um familiar em sofrimento mental (ALMEIDA et al., 2010; KEBBE et al., 2014). Visto isso, reforça-se a relevância de haver espaços de cuidado em saúde para quem acompanha e exerce a função de cuidador principal de uma pessoa com transtorno mental no CAPS cenário desta intervenção:

Poderia ter mais momentos desses aqui! FAM 14

Sempre que tiver por aqui com ele, e tiver tendo essas massagens eu vou vir. FAM 16

A intervenção revelou que a família dificilmente é alvo de cuidado diretamente por boa parte da equipe multiprofissional do CAPS em questão. Sabe-se que para além de possibilitar informações acerca do transtorno mental aos familiares deve-se oportunizar espaços de escuta e cuidado, uma vez que sobrecargas podem ser disparadas a partir do cuidado diário. Isso é corroborado por Fava, Silva e Silva (2014) em seu estudo que destacou que as equipes de saúde mental necessitam identificar as necessidades dos cuidadores afim de amenizar os fatores de risco, lançando mão de ações individuais e grupais.

Das propostas de oficinas desenvolvidas juntos aos familiares e/ou cuidadores, esta última foi a melhor avaliada pelos participantes. Como já mencionado anteriormente, o público atendido nessa intervenção era majoritariamente feminino, na maioria mães de crianças e adolescentes acompanhados no CAPS. Nesse contexto, o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar está habilitado para ajudar a família dessa parcela infanto-juvenil com transtorno mental a lidar, da melhor forma possível com as particularidades dessa condição (BURIOLA, et al., 2016), inclusive propiciando momentos terapêuticos.

5.5 EXISTIA UMA PEDRA NO CAMINHO

O conteúdo deste capítulo se faz primordial para compreensão da intervenção descrita já que vários foram os impasses que atravessaram o desenvolvimento da proposta. A priori, minha experiência profissional embora que breve, haja vista que ingressei na residência assim que graduei-me, me permite adiantar que não é fácil atuar no campo da saúde mental. Principalmente quando os tão sonhados CAPS ainda funcionam sob uma lógica ambulatorial, com equipes que atuam em uma perspectiva multiprofissional (cada um em seu núcleo de atuação) ensaiando com tropeços a atuação interprofissional e muito distante da tão desejada transdisciplinariedade.

A colocação acima faz alusão a um dos maiores entraves enfrentados na legitimação desta intervenção enquanto prática de cuidado no serviço. Antes do início de cada oficina era feito convite a todos os familiares que estavam presentes na sala de espera, no entanto, observou-se que muitos ficavam receosos de participarem e perderem o atendimento de seus familiares. A falta de sensibilização por parte da equipe, e acreditação para com a proposta, à meu ver contribuiu para a pouca adesão dos familiares. Tal fato, deu-se mesmo com a apresentação previa à equipe, em roda (reunião) no serviço. A equipe médica por sua vez, que dificilmente está presente por completo nos momentos de roda também foi informada da proposta em um momento posterior. Foi solicitado que esses durante os atendimentos, mobilizasse a participação, destacando a importância. Inclusive foi pactuado a tolerância de alguns minutos para início dos atendimentos, haja vista que a maioria dos atendimentos no CAPS são realizados por essa categoria profissional.

Compreende-se a complexidade do processo de reforma que ainda vem acontecendo. Nisso está envolvido o apoio da equipe no fomento de práticas direcionadas a família e/ou cuidadores que estão implicadas nesse cuidado psicossocial. Onde a falta de ações voltadas especificamente a este público contribui para que a referida instituição ganhe características de um ambulatório de saúde mental (GOMES; SILVA; BASTISTA, 2018).

Um estudo conduzido por Borba et, al (2011) também envolvendo um grupo de familiares de pessoas com transtorno mental, apontou um número reduzido na participação, onde houveram apenas 6 em um universo de 56 que foram convidadas. O fato foi apontado como uma importante limitação no trabalho, destacando a necessidade de fomento por parte das equipes no desenvolvimento de atividades com esse público. Os mesmos autores atribuem

essa dificuldade a herança da época em que as famílias ficavam distantes do tratamento e a responsabilização era depositada apenas na figura dos profissionais.

No que concerne a outras dificuldades percebidas, destaco o tempo reduzido, que embora previsto, por vezes foi reduzido mais ainda no momento em que o médico interpelava o familiar para o atendimento, tendo este que se ausentar antes da conclusão. A falta de um espaço adequado para ocorrer as discussões também afetou o processo, em algumas oficinas foi necessário migrar de sala, para que essa transição ocorresse algumas falas foram interrompidas.

Vale destacar também as interferências no ambiente devido as crianças que permaneciam no espaço, como estratégia para garantir a participação enquanto as oficinas ocorriam. Percebeu-se que além de interferir na condução, alguns familiares sentiram-se incomodados em falar sobre determinadas questões na presença do familiar. A princípio, pactuou-se com a coordenação do serviço duas salas, uma para condução das oficinas, outra para os familiares que estavam aguardando atendimento permanecer com os estudantes membros da Liga Interdisciplinar em Saúde Mental. O acordo foi rompido devido a dinâmica e limitações do serviço que ainda carece de espaços disponíveis e apropriados para algumas atividades.

De forma semelhante em uma pesquisa desenvolvida com grupos também nessa configuração de sala de espera, revelou-se dificuldades que afetaram a dinâmica de funcionamento como ruídos no ambiente e o fluxo de entrada e saída dos participantes para exames, impossibilitando a permanência nas atividades. Porém, os autores destacaram que estas nuances foram esperadas devido ao formato do grupo aberto. Lidar com vários imprevistos conferiu habilidades na comunicação e na mediação de atividades nesse formato grupal (BECKER E ROCHA, 2017).

Historicamente há inúmeras questões que envolve a implantação e efetivação de grupos específicos para familiares e cuidadores de pessoas com transtorno mental no CAPS Damião Ximenes. Isso é algo descrito por vários profissionais que estão no serviço há anos e que de alguma forma já tentaram desenvolver essa proposta e não lograram êxito em manter o grupo funcionante. Essa informação justificou pensar estrategicamente nessa intervenção grupal nesse formato aberto em sala de espera, afim de facilitar a adesão e participação.

Algo semelhante ocorre no CAPS ad de Sobral, o grupo de familiar vigente até hoje funciona com baixa participação. Isso foi constatado também por Alves, et al, (2015) em seu

relato de experiência feito por profissionais e extensionistas nesse cenário. Revelou-se que a importância e eficácia desse grupo precisa ser melhor divulgada pelos profissionais que atuam no referido serviço e na RAISM. Alguns familiares só buscam o serviço em momentos de dificuldade, como nas recaídas, convocados pelo profissional de referência do usuário, apenas para recebimento da medicação.

Algo semelhante ocorreu em um CAPS situado no estado de Minas Gerais. O relato de experiência desenvolvido por Queiroz, Ferreira e Silva (2013), que analisava a conformidade do trabalho desenvolvido com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, revelou que os esforços em desenvolver os grupos de família não estariam dando os resultados esperados. O dois grupos de família mesmo funcionando em dias e horários diferentes apresentavam baixíssima adesão, geralmente 3 participantes, no serviço com mais de 300 usuários acompanhados.

5.6 APONTAMENTOS E PROPOSIÇÕES PARA O CUIDADO GRUPAL DE FAMILIARES DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM CAPS II

Como já reforçado ao longo de toda essa produção, as equipes multiprofissionais que assistem as pessoas com transtorno mental nos CAPS necessitam diante da complexidade que envolve a atenção psicossocial lançar mão de estratégias que incluam os familiares no Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, possibilitando a estes orientações e esclarecimentos sobre o transtorno e as terapêuticas ofertadas no serviço. Porém tão importante quanto a psicoeducação se faz a inclusão dessa família como objeto de cuidado por parte da equipe, haja vista o sofrimento percebido em muitas falas das participantes.

Destarte, esse capítulo aborda as possibilidades de intervenção desenvolvidas com os familiares e/ ou cuidadores de pessoas com transtorno mental tanto na perspectiva da orientação, bem como de cuidado a esse público, como seguem no quadro abaixo:

- Quadro 2 – Esquema estratégico para sistematização de grupo a família e cuidadores de pessoas com transtorno mental no CAP Damião Ximenes Lopes.

ETAPAS	ESTRATÉGIA
PLANEJAMENTO	- Sensibilização da equipe multiprofissional; - Mobilização dos familiares e/ou cuidadores à participação; - Identificação das necessidades.
EXECUÇÃO (OFICINAS)	1º ENCONTRO: orientação Discutir a estruturação do cuidado em saúde mental antes e depois do processo de reforma psiquiátrica, e como a sociedade se relaciona atualmente com a loucura.
	2º ENCONTRO: identificando sobrecarga Problematizar a função de cuidador de uma pessoa com transtorno mental e as implicações que o exercício desta tarefa tem na vida pessoal, social e laboral dos cuidadores
	3º ENCONTRO: estratégias de enfrentamento Suscitar o reconhecimento das dificuldades e potencialidades envolvidas no cuidado.
	4º ENCONTRO: autocuidado Identificar as formas de autocuidado utilizadas e valorizar as possibilidades.
	5º ENCONTRO: terapêutico Facilitar momento terapêutico com técnicas de alongamento, relaxamento, massagem e automassagem.
AVALIAÇÃO	- Aplicar instrumento de avaliação com os participantes ao final de cada encontro; - Avaliar junto a equipe o impacto do grupo.

Fonte: Produzido pela autora.

Diante das limitações que surgiram ao longo do processo vale sugerir como possibilidade a utilização de instrumentos validados para mensurar a sobrecarga dos familiares. A partir da identificação das variáveis que causam a sobrecarga e dos fatores mediadores é possível pensar com melhor acurácia ações dentro das possibilidades do serviço (visitas domiciliares, atendimentos individuais, grupais). Entender a rede de apoio social utilizada pelos familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental também é fundamental para traçar estratégias de enfrentamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerro esta produção reforçando o que ao longo já vem sendo enfatizado na essência dessa intervenção, sobre a necessidade de reconhecer dentro da elaboração dos processos de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS Damião Ximenes Lopes, a importância dos familiares ou cuidadores na participação dos acompanhamentos dos usuários atendidos no serviço. Todavia para isso, se faz necessário sistematizar no serviço mecanismos de

compreender as dificuldades, sobrecargas e sofrimento desse público. A formação grupal ensaiada nessa intervenção poderia ser uma direção para alcançar esse objetivo.

A operacionalização de ações mais sensíveis as necessidades dessas pessoas, tal como foi essa proposta desta intervenção na implantação de um grupo de familiares e/ou cuidadores, permitiu atuar sob várias perspectivas: psicoeducação e terapêutica. Possibilitar espaços de escuta e fala faz aproximar o cuidado no CAPS com as estratégias psicossociais tão almejada no processo de reforma e que inclui a família nesse cerne.

De forma particular, enquanto profissional em formação nesse processo de residência multiprofissional em saúde mental que capacita profissionais para atuação no SUS, e neste caso para atenção psicossocial, com a intervenção foi possível aproximar-se da realidade dos familiares a partir de ferramentas simples como o acolhimento e a escuta. Algo complementar as vivências práticas, uma vez que os processos de trabalho ainda se debruçam com maior foco no cuidado ao paciente.

Ao longo do desenvolvimento da intervenção que deu-se desde o momento de sensibilização da equipe para com a proposta até o desdobramento das 12 oficinas, vivenciou-se alguns entraves que limitaram a realização bem como a efetivação desta no serviço, destaque: escassez de tempo, e espaço viável; e a falta de engajamento da equipe (principalmente a equipe médica) em mobilizar os familiares e/ou cuidadores a participarem do grupo, mesmo tendo sido pactuado com os mesmos previamente, entrave esse que ao meu ver tenha sido o que mais influenciou a concretização.

Sabe-se que muito embora as propostas de intervenção no programa de residência sejam pensadas a partir de uma necessidade dos serviços, almejando sua permanência onde foram desenvolvidas, há inúmeras variáveis que atravessam essa legitimação. Não muito distante a isso está a precarização dos serviços através do subfinanciamento e sucateamento dos serviços; a rotatividade das equipes que afeta os processos de trabalho; a limitação das equipes quanto a quantidade de profissionais; vínculos fragilizados; enfim, algo reflexo de uma estrutura maior, que vai para além da residência.

Diante da realidade percebida nas falas dos familiares e/ou cuidadores envolvidos no grupo, e sem a pretensão de esgotar as possibilidades de intervenção a essa temática, sugere-se como possíveis propostas de ação voltadas a esse segmento a criação de grupos operativos que identifiquem a sobrecarga por meio de instrumentos validados, e a partir desse

diagnóstico planejem ações que subsidiem a esses familiares estratégias de enfrentamento, e cuidado.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E.P.T. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: estudo de diferentes tipos de cuidadores. 2010. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João del Rey, São João del Rey, MG, Brasil, 2010.
- ALMEIDA, M. M. de et al . A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jan. 2019.
- ALMEIDA, M.H.S.; MENDONÇA, E.S. Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 49, p. 01-24, jan./jun. 2017. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/6617>>. Acesso em: 22 jan 2019.
- ALVAREZ, S. Q.; et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, Jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan 2019.
- ALVES, D.R.; MORAIS, T.T.M.; ROCHA, S.P.; ROCHA, N.N.V.; DUARTE; S.R.; SAMPAIO, F.F.F. Grupo de familiares em CAPS AD: acolhendo e reduzindo tensões. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 81-86, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/613/330>. Acesso em: 15 jan 2019.
- AMARANTE, P. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz, 1998.
- ANDRADE, L. O. M. (Ed.). 10 anos do Saúde da Família. **SANARE**, v.5, n.1, Jan./Fev./Mar., 186 p., 2004.
- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- BAARD, V. A critical review of interventionist research. *Qualitative Research in Accounting and Management*, v. 7, n.1, p.13-45, 2010.
- BARROS, M. M. M. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará. Pesquisas Premiadas no XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional . revista cet - ano 12 - nº 12 - 2010 .

BATISTA, C. F.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. R. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2857-2866, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902857&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez 2018.

BECKER, A. P. S.; ROCHA, N. L. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 339-355, dez.

2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2019.

BELLATO, R.; et al. The family experience of care in chronic situation. **Rev Esc Enferm USP**. v. 50, n. Spe, p.78-85, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000300012>>. Acesso em: 05 dez 2018.

BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, Mar. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2018.

BORBA, L. O.; et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov. 2018.

BORGES, C. L.; et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7474-7481, abr., 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13606/16436>>. Acesso em 20 jan 2019.

BORGES, C. L.; et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n. 4, p.7474-7481, Abr. 2015. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13606/16436>>. Acesso em: 03 jan 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/sobral/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº224 de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº336 de 19 fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para os Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica (34). – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (pp. 121 a 126). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 29 out 2014.

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

BRASIL. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Dez 2011.

BURIOLA, A. A.; et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná, Paraná. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 344-351, Jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200344&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2019.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 517- 523, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jan. 2019.

CEARÁ. Lei nº 12151/1993. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 ago. 1993.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan 2019.

DE LEÓN, N.; BAGNATO, M.J.; LUZARDO, M. Proceso de cronificación en el campo de salud mental: índice de cronicidad, concepto y medición. **Rev Urug Enferm.**, v. 11, n. 01, 2016. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/192>. Acesso em: 02 dez 2018.

- DELGADO, P. *et al.* 2007. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. *Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre, Artmed. Pp. 39- 83.
- DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401103&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.
- DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan. 2019.
- DUARTE, L. G. M. F.; FERREIRA NETO, J. L. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del-Rei, v. 11, n. 2, p. 473-488, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan. 2019.
- DUARTE, M. L. C.; CARVALHO, J. C.; BRENTANO, V. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0115, 2018. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/79574>>. Acesso em: 19 jan 2019.
- ELOIA, S. C.; et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos mentais: análise dos serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3001-3011, Set. 2018. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000903001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan 2019.
- ELOIA, S. C.; et al. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400996&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez 2019.
- FARIAS, C. A.; et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204819&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- FASIHI, T.; TAGHINASAB, M.; NAYERI, T.D. The correlation of social support with mental health: a meta-analysis. **Elect Pshysic.**, v. 9, n. 9, p.5212-5222, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29038699>>. Acesso em: 08 dez 2018.
- FAVA, M.C.; SILVA, N.R.; SILVA, M.L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 41, p. 41-

55, jul/dez, 2014. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/4690/3872> . Acesso em: 09 jan 2019.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M.; Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 675-682, 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400675&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2018.

FIORATI, R.C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 97, p. 305-312, Jun 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2019.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental do Brasil. Revista do Programa de Pós Graduação em Sociologia UFPE. Pernambuco, v 1, n 2, 2012.

GALERA, S.A.F.; et al. Pesquisas com famílias de portadores de transtorno mental. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 774-778, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>. Acesso em: 05 jan 2019.

GOMES, M.L.P.; SILVA, J. C. B; BATISTA, E. C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 03-07, abr. 2018. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov 2018.

GUERRA, M.D.; ZAMBRANO, E. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. **Enferm Global.**, v. 12, n. 32, p.211-221, 2013. Disponível em: <

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400012>. Acesso em: 08 dez 2018.

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>

KEBBE, L. M.; et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, Set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300494&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez 2018.

MARTINS-BORGES, L.; POCREAU, J. B. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 29, n. 4, p. 577-585, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2018.

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

MELO, A. S. E.; FILHO, O. N. M.; CHAVES, H. V. Conceitos básicos em intervenção grupal. Encontro: Revista de Psicologia. v. 17, n.26, p. 47-63. 2014. Acesso em: 20 de nov. 2017. Disponível em:

<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2414/2316>

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINUCHIN, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. Child Development, v. 56, p.289-302, 1985.

_____. Relationships within the family: a systems perspectives on development. In: HINDE, R.; STEVENSON-HINDE, J. (Ogs.). Relationships within families: mutual influences (p.8-25). Oxford, UK: Clarendon Press/University Press, p.8-25, 1988.

MISQUIATTI, A. R. N. et al.; Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 192- 200, Fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100192&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan 2019.

MOLITERNO, I. M.; et al. A Atuação Do Psicólogo Com Grupos Terapêuticos. Cadernos de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúdos Fits. Maceió. v. 1; n.1 p.95-98. 2012. Acesso em em: 16 de novembro de 2017. Cadernos de graduação. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/460/193>.

MORE, C. L. O. RIBEIRO, C. *apud* PICHON-RIVIÈRE;ZIMERMAN; OSÓRIO. Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; – Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/195>. Acesso em: 19 nov de 2017.

NASCIMENTO, K.C.; et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.10, n.3, p.:940-948, mar., 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11044/12449> Acesso em: 16 Jan. 2019.

OLIVEIRA, E. N.; et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan. 2017.

Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340>>. Acesso em: 23 jan 2019.

ONG, H.C.; IBRAHIM, N.; WAHAB, S. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. **Psychol Res Behav Manag.**, v.9, p.211-218, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27574475>>. Acesso em: 08 dez 2018.

PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; CHAGAS, M. I. O.; et al. A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. In: HADDAD, A. E., et al (Ed.). **Residência**

multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006. p. 81-96.

PASSOS, I. C. F. 2009. *Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais*. Belo Horizonte, Argvmentvm Editora.

PÉREZ, J.J.N.; MARQUÉS, A.B. Sobrecarga familiar, apoio social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 52, e03351, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100447&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan 2019.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. N. O. Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, p. 45-50, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov 2018.

QUEIROZ, Y.L.; FERREIRA, C. B.; SILVA, A. M. F. Práticas em um CAPS de minas gerais: o relato de uma experiência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 126-137, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2019.

REIS, T. L.; et al. Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, Jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200070&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2019.

REZENDE, N.F.F.; et al. Sobrecarga em acompanhantes de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. **REME - Rev Min Enferm**. Minas Gerais, v. 22, e-1081, 2018. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1219>>. Acesso em: 26 dez 2018.

ROBSON, Colin. (1993). **Real World Research**. Oxford: Blackwell, 1995.

ROCHA, M. L. Do Tédio à Cronogênese: uma Abordagem Ético estético- política da Prática Escolar. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

ROSA, L. C. S. ROSA, L. C. S. Transtorno mental e o cuidado na família. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 12, n. 1, p. 119-124, jun. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635761/3475>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SÁ, R. A. R.; BARROS, M. M. M.; COSTA, M. S. A. Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social. *Sanare: Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v. 6, n. 2, p. 26-33, 2007.

SAMPAIO, J. J. 1988. Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ. Dissertação de Mestrado.

SANCHES, A. C. G.; OLIVEIRA, M. A. F. Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 411-418, Dec. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2019.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Sau & Transf Soc.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1474>>. Acesso em: 29 jan 2019.

SILVA, G. G. S.; et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez 2018.

SILVA, J.; et al. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. **Av Enferm.** v. 34, n. 3, p. 251-258, 2016. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58074>. Acesso em: 15 dez 2018.

SILVA, K.V.L.G.; MONTEIRO, A.R.M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1237-1242, Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 dez. 2018.

SOUZA-FILHO, M. D. et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, 2010, p. 639-647.

SPADINI, L. S.; MELLO E SOUZA, M. C. B. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 132-138, abr. 2006.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 dez. 2018.

THUNYADEE, C.; et al. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. **Nurs Health Sci.** v.17, n.4, p.412-419, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26081195>>. Acesso em: 05 dez 2018.

TROMBETTA, A. P.; MISIAK, M.; RAMOS, F. R. S. Familiares de portadores de doença mental: expectativas sobre a doença. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 7, n. 16, p. 62-71, 2015. Disponível em:

<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2449/4327>. Acesso em: 06 jan. 2019.

ZANETTI, A.C.G.; et al. Intervenções familiares em pacientes no primeiro episódio psicótico: evidências da literatura. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, supl. 7, p.2971-8, jul., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/7541/19215>>. Acesso em: 15 dez 2018.

ZHOU Y.; et al. Comparison of burden among family members of patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in a large acute psychiatric hospital in China. **BMC Psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 283, 2016. Disponível em: <<https://WWW.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29038699>>. Acesso em: 09 dez 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do projeto de intervenção intitulado: “Quem cuida do cuidador? A formação grupal de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental no CAPS”, que objetiva Implantar um grupo aberto para familiares e/ou cuidadores de pessoas com transtorno mental atendidos no CAPS II Damião Ximenes Lopes, tendo como foco, o suporte terapêutico e o fortalecimento da família.

Sua participação é importante, mais não obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar, sabendo que sua recusa não trará nenhum prejuízo. Sua colaboração consistirá em participar de um grupo aberto, que está previsto para ocorrer em cinco encontros e com duração de cinquenta minutos cada, no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Damião Ximenes Lopes.

Com sua participação nesse projeto esperamos alguns benefícios, como proporcionar um espaço terapêutico e informativo para os familiares cuidadores, afim de com isso possibilitar melhoria da sua qualidade de vida bem como da pessoa por ele cuidada. Sua participação envolve riscos mínimos de natureza física ou psicológica, como por exemplo, cansaço e estresses, dentre outros fatores, sendo os mesmos trabalhados e amenizados em tempo hábil para que não traga prejuízo à pesquisa. Asseguramos que as informações obtidas nesta pesquisa serão confidenciais e garantimos o sigilo sobre sua participação. As informações serão manipuladas somente pela pesquisadora, e a divulgação será anônima. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo.

Tendo sido orientado quanto ao teor do estudo manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

A responsável pelo referido projeto é Aline Maria Furtado de Carvalho, Enfermeira, Residente Multiprofissional em Saúde Mental, com qual poderei manter contato pelo telefone: (88) 999500127, ou no endereço institucional Rua Maestro José Pedro, nº 275, Centro, Sobral - Ce. Em caso de reclamação ou qualquer tipo de ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, entre em contato como Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Endereço: Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150, Bairro Derby, Sobral- CE, telefone (88) 3677-4271.

Assinatura da Pesquisadora

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que tomei conhecimento do estudo cujo título é “Quem cuida do cuidador? A formação grupal de familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental no CAPS”, realizado pela pesquisadora Aline Maria Furtado de Carvalho, compreendi seus propósitos e concordo em participar da pesquisa e que em qualquer momento da pesquisa posso tirar meu consentimento em participar da mesma.

Sobral, _____ de _____ de 2017

Assinatura do Participante

APÊNDICE B – Instrumento de avaliação dos encontros

Como foi o momento?



Ótimo



Bom



Ruim

O que foi bom?

O que podia ser melhor?

--	--	--	--