



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

**VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL - CAPSi**

NIVEA RODRIGUES DOS SANTOS

São Luís – MA

2017

NIVEA RODRIGUES DOS SANTOS

**VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Avaliação e Clínica Psicológica.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Jena Hanay Araújo de Oliveira

São Luís – MA

2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

SANTOS, NIVEA RODRIGUES DOS.

VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE
USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
INFANTOJUVENIL CAPSi / NIVEA RODRIGUES DOS SANTOS. -
2017.

111 f.

Orientador(a): JENA HANAY ARAÚJO DE OLIVEIRA.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS
- MA, 2017.

1. CAPSi. 2. FAMÍLIA. 3. INFANTOJUVENIL. 4. SAÚDE
MENTAL. I. OLIVEIRA, JENA HANAY ARAÚJO DE. II. Título.

NIVEA RODRIGUES DOS SANTOS

**VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão - UFMA como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Avaliação e Clínica Psicológica.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Jena Hanay Araújo de Oliveira

Aprovado em: 10 de novembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Jena Hanay Araújo de Oliveira – Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza – Membro titular
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Fernando Antônio Guimarães Ramos – Membro titular
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Márcio José de Araújo Costa – Membro suplente
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à minha filha Leticia, por oferecer seu sorriso e ingenuidade como meu porto seguro. Minha motivação para viver, lutar e prosperar.

E aos meus pais, Raimundo e Sônia, pela confiança, incentivo e cuidado. Minhas inspirações de vida e os responsáveis por todo meu progresso pessoal, acadêmico e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter sido meu refúgio nos momentos de dificuldade. “Agora, nosso Deus, damos-te graças, e louvamos o teu glorioso nome” (1 Crônicas 29:13).

À minha família, meu maior orgulho, aqueles com quem sempre posso contar. À minha filha Letícia, a quem carinhosamente chamo por Lele, pela compreensão diante da distância física, apesar de sua pouca idade. Pelo carinho, amor e alegria demonstrados sempre que nos encontrávamos, por me fazer rir com suas brincadeiras nos momentos que mais precisava e por ser minha melhor amiga. À minha mãe Sônia, pelo companheirismo, incentivo e disponibilidade para cuidar da minha filha durante a minha ausência, com todo amor e paciência. Ao meu pai Raimundo – meu herói, meu exemplo – por sempre acreditar no meu potencial e me motivar a superar cada vez mais. Ao meu irmão Ricardo, pela amizade e dedicação a mim e minha filha. Obrigada por toda a ajuda, compreensão, amor e cuidado, vocês são a minha maior riqueza.

Ao meu amor, Ennio, por toda a paciência nos momentos de insegurança e incerteza, pelas palavras de apoio e incentivo, pela disponibilidade para me acompanhar nas inúmeras viagens e principalmente, por me fazer feliz ao seu lado.

Às minhas secretárias Cleuma e Raimunda, por terem cuidado da minha casa e da minha filha nos meus momentos de ausência, com dedicação e carinho.

À minha amiga Ana Alves, por ter sido minha companheira, confidente, motivadora e parceira de estudo nas madrugadas. Obrigada por sua amizade, por sua escuta e por todos os momentos de alegria e descontração.

À minha orientadora Profa. Dra. Jena Hanay, pela dedicação durante toda a trajetória, pela compreensão e paciência diante dos meus tropeços e pelo incentivo diante dos momentos de desmotivação.

Ao corpo docente do programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelos conhecimentos e reflexões proporcionados.

À Profa. Dra. Nazaré Costa, por ser inspiração de profissional. Agradeço pelas pontuações e recomendações durante a disciplina, que serviram como direcionamento na minha escrita e postura enquanto pesquisadora.

Aos Profs. Cláudia Aline, Márcio Costa e Francisco Sousa, pelas contribuições no exame de qualificação.

À direção e equipe multiprofissional do CAPSi, por viabilizar a pesquisa, oferecer informações necessárias e facilitar o acesso aos participantes do estudo.

Aos companheiros do Mestrado em Psicologia da UFMA, por tornarem a experiência rica e cheia de aprendizado.

À Fundação CAPES, pelo apoio financeiro.

*Não sei se a vida é curta
ou longa para nós,
mas sei que nada do que
vivemos tem sentido,
se não tocarmos
o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silêncio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa
de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira,
pura enquanto durar.
Feliz aquele que
transfere o que sabe
e aprende o que ensina.*

(Cora Coralina)

RESUMO

VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi

A atual política de saúde mental infantojuvenil brasileira, impulsionada pelos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, do Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica, propõe uma nova forma de atenção psicossocial baseada em um modelo territorial e comunitário, em substituição aos modelos asilares e restritivos através dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi). Os CAPSi prestam assistência diária a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e consideram a família como parceira no processo de reabilitação psicossocial dos indivíduos. Estudos indicam que ter um adolescente familiar com sofrimento psíquico traz ao familiar cuidador uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo investigar as vivências cotidianas de familiares cuidadores de adolescentes atendidos em um CAPSi de São Luís – MA. Para alcançar tal objetivo, foram realizadas cinco entrevistas com familiares cuidadores de adolescentes. Para a coleta de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico com informações sobre dados pessoais, de saúde e clínicos e, um roteiro de entrevista semiestruturada. As narrativas analisadas foram sistematizadas seguindo a proposta da Análise de Conteúdo. Deste modo, a análise das falas apresentadas revelou três categorias temáticas: mudanças vivenciadas na vida do familiar cuidador, advindas a partir do tratamento do adolescente; vivências emocionais e entendimento sobre o papel do familiar cuidador diante do tratamento do adolescente. Dentre as vivências cotidianas identificadas, destaca-se as mudanças rotineiras e acúmulo de tarefas diárias, abandono das atividades profissionais devido à necessidade de dedicação ao adolescente em tratamento; sentimentos de tristeza, culpa e impotência, assim como estresse e irritabilidade. Além disso, identificou-se que os familiares cuidadores não possuem clareza quanto ao seu papel diante do tratamento e sobre o que ocorre com seus filhos. Os resultados apontam para a presença de sofrimento emocional dos familiares na sua vivência diária nos cuidados com os filhos, além de dificuldades no enfrentamento e manejo do tratamento e, preocupações com relação aos estigmas sociais que ainda existe diante da presença de transtorno mental no adolescente. O estudo sinaliza a necessidade de se pensar em estratégias que incluam propostas mais eficazes que viabilizem maior participação desses familiares como parceiro no cuidado, bem como o oferecimento de assistência psicológica destinada à melhora da qualidade de vida e saúde mental desses familiares cuidadores.

Palavras-chave: Saúde Mental, Infantojuvenil, CAPSi, Família.

ABSTRACT

DAILY LIVING OF USERS FAMILY MEMBERS OF A CENTER FOR PSYCHOSOCIAL ATTENTION INFANTOJUVENIL – CAPSi

The current Brazilian child and youth mental health policy, driven by the guiding principles of the Unified Health System, the Statute of the Child and Adolescent, and the precepts of the Psychiatric Reform, proposes a new form of psychosocial care based on a territorial and community model, replacing to asylum and restrictive models through the Centers for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi). CAPSi provide daily care to children and adolescents with severe and persistent mental disorders and consider the family as a partner in the process of psychosocial rehabilitation of individuals. Studies indicate that having a family adolescent with psychic suffering brings to the family caregiver a series of physical, emotional, economic and social burdens. Therefore, the present study aims to investigate the daily experiences of family caregivers of adolescents attending a CAPSi in. To achieve this goal, five interviews were conducted with family carers of adolescents. For data collection, a sociodemographic questionnaire was used with information on personal, health and clinical data, and a semi-structured interview script. The analyzed narratives were systematized following the Content Analysis proposal. In this way, the analysis of the speeches presented revealed three thematic categories: changes experienced in the life of the familiar caretaker, coming from the treatment of the adolescent; emotional experiences and understanding about the role of the family caregiver before the treatment of the adolescent. Among the daily experiences identified, we highlight the routine changes and accumulation of daily tasks, abandonment of professional activities due to the need to dedicate to the adolescent in treatment; feelings of sadness, guilt and powerlessness, as well as stress and irritability. In addition, it has been identified that family caregivers are not clear about their role in treatment and what happens to their children. The results point to the presence of emotional distress of family members in their daily life in the care of their children, as well as difficulties in coping with and managing the treatment, and concerns about the social stigmas that still exist in view of the presence of mental disorder in the adolescent. The study indicates the need to think about strategies that include more effective proposals that allow greater participation of these family members as care partners, as well as the offer of psychological assistance aimed at improving the quality of life and mental health of these family caregivers.

Key words: Mental Health, Childhood, CAPSi, Family.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Caracterização dos participantes da pesquisa	51
QUADRO 2. Caracterização dos adolescentes participantes	53
QUADRO 3. Categorias de análise	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	Considerações sobre as Políticas de Saúde Mental.....	16
2.2	Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos na Adolescência.....	27
2.3	Família e Saúde Mental	34
3	OBJETIVOS	44
3.1	Objetivo Geral	44
3.2	Objetivos Específicos	44
4	MÉTODO	45
4.1	Delineamento da Pesquisa	45
4.2	Participantes	45
4.2.1	CrITÉrios de Inclusão e Não Inclusão	45
4.3	Local de Pesquisa	46
4.4	Instrumentos e Materiais	47
4.5	Procedimentos	47
4.5.1	Coleta de Dados	48
4.5.2	Análise de Dados	48
4.6	Aspectos Éticos	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	83
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	84
	APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico	86
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista	87
	APÊNDICE D – Transcrição das entrevistas	88
	ANEXOS	108
	ANEXO A – Carta de apresentação da UFMA	109
	ANEXO B – Declaração de autorização para Pesquisa	110
	ANEXO C – Carta de anuência	111

1 INTRODUÇÃO

A atual política de saúde mental brasileira tem como pilares os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que preconizam o resgate da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico¹, tendo como meta sua reinserção social, buscada através do modo psicossocial de cuidado em saúde mental. O marco da Reforma no país foi o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, sendo subdivididos de acordo com o público (adultos - CAPS, crianças e adolescentes – CAPSi e dependentes de álcool e drogas – CAPSad).

No campo do tratamento das doenças mentais, a partir do processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, definiu-se um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais. O grupo familiar assume destaque como relevante recurso para a reinserção e reabilitação psicossocial desses indivíduos. Uma das principais repercussões das transformações decorrentes do movimento reformista representa a participação ativa da comunidade e da família, instituindo-se a corresponsabilização desses pelo tratamento do indivíduo com transtorno mental, que deve ser realizado ambulatoriamente e através do convívio familiar e comunitário. Dessa forma, são somadas novas responsabilidades que produzem diferentes sentimentos aos familiares, na maioria das vezes, transformados em cuidadores, não por escolha ou identificação individual (ROSA, 2013).

É importante considerar que a relação da família com a pessoa com transtorno mental foi historicamente construída, sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de cuidar e acolher um familiar que adoecer mentalmente. Nas sociedades pré-capitalistas, o cuidado com o louco era remetido à família; na sua inexistência, o louco tornava-se uma questão pública ou de justiça. Já no século XX, com as transformações e os avanços de saberes como a psicanálise e o movimento de higiene mental, a família é vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo surgimento do transtorno mental. Com a culpabilização da família, em relação ao adoecimento psíquico, ocorre que o saber psiquiátrico, cada vez mais, procura afastar o paciente do ambiente familiar, ganhando forças as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social do portador de sofrimento psíquico. Somente após as mudanças de paradigmas de saúde mental advindas do processo de Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, a família passa a ser vista como importante no cuidado.

¹ As políticas de saúde mental sugerem o termo sofrimento psíquico substituindo o termo doença mental, visando superar a visão biomédica e propondo uma visão além da doença.

O interesse em realizar pesquisas no campo da saúde mental vem desde os tempos de graduação no estágio curricular em um CAPS onde realizou-se um trabalho com pacientes em tratamento de álcool e drogas, que haviam desenvolvido algum tipo de transtorno mental, como Depressão e Transtornos de Ansiedade. As atividades envolviam atendimento individual e em grupo, visando proporcionar aos pacientes a possibilidade de exteriorização de sentimentos diante do tratamento.

Após o término da graduação, a atuação profissional ocorreu na atenção básica, como integrante da equipe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, o que possibilitou maior experiência no âmbito da saúde mental. Neste momento, as atividades incluíam atendimentos psicoterápicos individuais, reuniões em grupo, visitas domiciliares às famílias de pacientes e palestras educativas. O público atendido eram adolescentes, adultos e idosos com transtornos mentais, mais comumente Transtorno Depressivo Recorrente, Transtornos de Ansiedade como Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno de Ansiedade Generalizada e ainda, usuários de álcool e drogas em tratamento psiquiátrico.

Dentre estes atendimentos, existia uma grande demanda de pacientes adolescentes entre 14 e 17 anos manifestando sintomas psicopatológicos, como anedonia (falta de prazer), tristeza excessiva, alterações no sono e apetite, irritação e baixa autoestima e ainda, transtornos mais graves como Depressão com tentativa de suicídio. Esta demanda específica despertou o interesse da pesquisadora devido a frequência de encaminhamentos desta faixa etária pelo médico psiquiatra e ainda, pelas questões subjetivas trazidas ao atendimento psicoterápico que comumente se relacionavam a questões familiares.

Na grande maioria dos casos, os adolescentes traziam conflitos familiares como foco a ser trabalhado em psicoterapia, sugerindo que a dificuldade de relacionamento no convívio familiar contribuía para a manifestação e potencialização dos sintomas apresentados. Outros fatores também foram percebidos, como violência doméstica, violência sexual, uso de álcool e drogas e conflitos relacionados à sexualidade.

Outro questionamento surgido refere-se à família e sua relação com o adolescente em sofrimento psíquico e seu tratamento, já que a presença dos mesmos nos atendimentos, quando solicitados, era rara e mesmo quando compareciam, percebia-se a dificuldade em aceitar o diagnóstico ou situação vivenciada. Além disso, eram bastante comuns os relatos de outros profissionais sinalizando que a família às vezes não participava do tratamento dos pacientes, o que poderia potencializar o quadro de adoecimento, incidindo na sua evolução.

Quando o adoecimento mental acontece em adolescentes, a presença do grupo familiar se faz necessária de modo ainda mais intenso do que quando um membro em idade adulta adocece. Isto porque, além da condição de sujeito em desenvolvimento vivenciada por crianças e adolescentes, a observação de pessoas próximas (pais, cuidadores, professores etc.) torna-se um importante recurso para a avaliação e a identificação dos problemas psiquiátricos nesses sujeitos, em virtude das suas dificuldades em perceber o desconforto sentido emocionalmente (FARIAS, 2016). Considerando tal reconhecimento, o de que os familiares cuidadores de adolescentes, ocupam um lugar ainda mais significativo para a realização do cuidado com esses sujeitos, optou-se por elegê-los como sujeitos dessa pesquisa.

Diante disto, o interesse da pesquisa acerca desta temática surgiu a partir das seguintes questões principais: Quais as vivências cotidianas do familiar cuidador do adolescente com transtorno mental? Quais as vivências emocionais experienciadas diante da responsabilidade pelo cuidado do adolescente? Quais as mudanças na vida pessoal e social acarretadas pelo papel de cuidador? Qual a visão que o familiar cuidador possui sobre seu papel no tratamento?

A Reforma Psiquiátrica e as Políticas de Saúde Pública (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b) que envolvem a saúde mental sugerem a desinstitucionalização, a implementação de recursos assistenciais de caráter extra hospitalar e o comprometimento da família no cuidado com seu familiar adoecido. No entanto, como afirmam Souza, Pereira e Scatena (2002), os serviços de saúde mental devem estimular a permanência do usuário junto à família, mas antes deve-se ter conhecimento do sistema familiar e do seu viver cotidiano, para que não haja dificuldades nas intervenções e na relação da equipe e família.

De acordo com Melman (2008), a Reforma trouxe discussões sobre a relação entre a família e a saúde mental, já que o movimento de desinstitucionalização traz à família a importância pela participação no tratamento. A família como parceira do novo modelo de atenção vai sendo reconhecida pelos serviços de saúde mental à medida que se percebe que ela é o principal agente na ressocialização do paciente.

Ao falar de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, Cruz (2006) relata que muitas vezes os familiares se mostram despreparados para lidar com as situações decorrentes do transtorno mental, o que causa angústia e insegurança diante da patologia e dificuldade em participar ativamente do tratamento. A forma como cada família vai lidar com o transtorno

mental dependerá dos aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo, sendo esses aspectos influenciados pelos valores e representações acerca da loucura presente em determinado momento. A forma de olhar o indivíduo doente vai refletir os contextos cultural, religioso, ideológico e econômico no qual estão inseridos. Geralmente, o estresse e os conflitos frequentes devido à sobrecarga emocional, econômica e social, geram tensão e socialmente um afastamento da família das demais pessoas, seja por vergonha, cansaço ou frustração (MELMAN, 2008).

Desta forma, esta dissertação irá apresentar como fundamentação teórica considerações sobre Políticas de Saúde Mental, seguida pelos Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos da Adolescência e por fim, um tópico sobre Família e Saúde Mental. Em seguida, serão elencados os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico para levantamento e análise de dados, seguido da apresentação dos resultados e discussão. Por fim, serão expostas as considerações finais do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações sobre as Políticas de Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica surge como questionamento ao modelo de violência asilar utilizado pela psiquiatria tradicional como tratamento aos transtornos mentais, caracterizado pela exclusão e aprisionamento dos loucos, visando proteger a população saudável dos doentes e inúteis. É considerada um processo político e social envolvendo transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (BRASIL, 2005a).

Ao discutir sobre saúde mental é importante destacar aspectos sobre a gênese da loucura e sua relação com a história da psiquiatria e da atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico. Segundo Amarante (1998), os doentes mentais eram vistos no período da Idade Média como possuídos por demônios e a internação não objetivava a cura, mas sim, a salvação da alma. Os hospícios funcionavam como hospedarias, a fim de proteger a sociedade dos indivíduos que ameaçavam a lei e a ordem social, como os leprosos, as prostitutas e os loucos.

Assim, a loucura pode ser caracterizada por três momentos: o período de liberdade que caracteriza os séculos XV e XVI; o período das grandes internações nos séculos XVII e XVIII; e a época contemporânea, onde a Psiquiatria passou a tratar dos loucos institucionalizados (FRAYSE-PEREIRA, 1994).

A partir do século XIX, há uma produção da percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica (AMARANTE, 1998, p. 9).

A figura do médico clínico tem em Philippe Pinel sua principal e primeira expressão, onde operava a loucura como alienação mental, abordando medicamente um grupo de doenças que era até esse momento objeto da filosofia. Este, postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los (AMARANTE, 1998).

Após a Segunda Guerra Mundial, questionamentos de trabalhadores da saúde mental e da sociedade surgiram em relação ao papel da instituição asilar, os quais incentivaram movimentos de desinstitucionalização da loucura e a mudança da visão de cuidado da doença

para a saúde mental. As transformações ocorridas neste período resultaram na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana nº 180/1978, influenciando os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MACHINESKI, 2011).

Segundo Oliveira (2002), esse movimento consistia na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional; na psiquiatria comunitária e preventiva; e ainda, na antipsiquiatria, também denominada como movimento de desinstitucionalização, questionando os conceitos de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento.

O processo de reforma psiquiátrica se configura em um processo social complexo, de reflexões e transformações, envolvendo dimensões teórico conceitual, teórico assistencial, jurídico, política e sociocultural. A primeira dimensão envolve a produção de conhecimento referente ao fenômeno da loucura, no modo de pesquisar e conceituar as questões ligadas à saúde mental. Na dimensão teórico assistencial, encontram-se os serviços de assistência às pessoas com sofrimento psíquico, devendo ser um local de acolhimento e sociabilidade. O campo jurídico político abrange a necessidade de revisão da legislação pertinente a esses indivíduos garantindo a eles recursos oferecidos pela sociedade, como cultura, lazer, esporte, trabalho e estudo. Por fim, o campo sociocultural, engloba a possibilidade de transformar as práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Segundo Amarante (1998), a reforma psiquiátrica surge no Brasil concretamente na década de 70, através do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), através de denúncias e críticas ao modelo psiquiátrico e hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, caracterizado por corrupções, fraudes, violência, negligência, utilização da psiquiatria como controle social, desempenhando assim um importante papel da formulação teórica e na organização de novas práticas em saúde mental.

Nesse período, iniciou-se no Brasil o movimento pela redemocratização que desencadeava questões relativas aos resultados insatisfatórios da centralização autoritária e da concentração de poderes. Esse contexto favoreceu a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde, pautado na universalidade, equidade e integralidade, com caráter democrático e descentralizado de administração. Tais mudanças na gestão em saúde, refletiram na organização da assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico, pois juntamente com a implantação do SUS, ocorreram os primeiros movimentos para a Reforma Psiquiátrica (CORDEIRO, 2001).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram definidas as diretrizes para a Reforma Psiquiátrica e Sanitária. A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro, em 1987 (AMARANTE, 1998), possibilitou uma nova percepção sobre as Políticas de Saúde Mental, encontrando uma nova tática que sugere a participação da comunidade:

[...] é preciso desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com essas questões, sabendo ser possível transcender os modelos preestabelecidos pela instituição médica, movendo-se em direção às pessoas, às comunidades (AMARANTE, 1998, p. 27).

Esta conferência propôs que os profissionais da área se empenhassem na busca por novas formas de produzir conhecimento, que a sociedade se envolvesse nas discussões, que as políticas de saúde pertinentes à saúde mental fossem elaboradas e complementadas e, que investimentos financeiros ocorressem na formação de recursos humanos voltados ao atendimento da pessoa em sofrimento psíquico em serviços extra hospitalares (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

De acordo com seu relatório, a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal (BRASIL, 1988).

A desinstitucionalização tornou-se o tema central da Reforma e sua trajetória foi marcada pelo surgimento de novos serviços e estratégias que substituíssem o modelo manicomial. Desinstitucionalizar significa criar novas possibilidades de vida para os indivíduos antes excluídos e confinados em espaços de violência, possibilitando um tratamento digno e efetivo que permita o exercício de sua cidadania e a criação de possibilidades concretas de sociabilidade (AMARANTE, 1998).

As novas experiências de tratamento, a criação de serviços de atenção, a reaproximação do louco com a sociedade e o reconhecimento da eficácia destes trabalhos possibilitaram um grande avanço ao processo de desinstitucionalização. O Ministério da Saúde regulamentou estes serviços e proporcionou o financiamento dos mesmos (AMARANTE, 2007).

Em 1989, surge o projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Marco para os campos legislativo e normativo pela instalação de uma política de saúde mental. Com a Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde – SUS, através das Leis Federais 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), visando garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2005b).

A atual política de saúde mental entrou em vigor a partir da aprovação do projeto de lei citado acima, através da Lei Federal nº 10.216/01, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e prevê a proteção e o direito das pessoas com transtorno mental, bem como reorganiza e redireciona a assistência psiquiátrica no país, ao priorizar o tratamento nos serviços extra hospitalares. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, passa a consolidar-se ganhando maior sustentação (BRASIL, 2005a).

O modelo de cuidado foi substituído pela atenção psicossocial que compreende o processo saúde-doença a partir da determinação psíquica e sociocultural, considerando os conflitos dos sujeitos, buscando horizontalizar as ações, valorizando a equipe multidisciplinar. Nesse sentido, o novo modelo de assistência psiquiátrica visa a satisfação das necessidades sociais e individuais do sujeito com transtorno mental, defendendo seus direitos de cidadão, e evitando a exclusão (LEAL; DELGADO, 2007).

Segundo Brasil (2005a), a III Conferência de Saúde Mental consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo e confere ao Centro de Atenção Psicossocial - CAPS o valor estratégico para mudança do modelo de assistência psiquiátrica. Sobre o CAPS, afirma que:

(...) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e /ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (p. 13).

Os CAPS surgem como uma das alternativas de tratamento não manicomial e hoje, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois este serviço demonstrou a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país, tendo como função:

[...] prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2005a).

Suas ações são direcionadas para as pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistente, mas também são responsáveis pelas articulações de estratégias que objetivem a promoção de cuidados em saúde mental para toda a população. Defendem um modelo de atenção territorial e comunitária, prestando suporte para as ações da Atenção Básica (BRASIL, 2004a).

Sendo assim, eles representam uma proposta de atendimento de qualidade aos sujeitos com sofrimento mental, sem que seja necessário afastá-lo do seu convívio social, constituindo o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia e responsabilização do sujeito pelo seu próprio tratamento. Espera-se que o CAPS assuma o papel de intermediador entre o paciente e o meio social, buscando uma rede de suporte clínico na comunidade, familiares e outros serviços que o indivíduo faça parte, sendo dividido de acordo com a clientela: CAPS (adultos) podendo ser CAPS I, CAPS II ou CAPS III, CAPSi (crianças e adolescentes) e CAPSad (dependentes de álcool e drogas) (BRASIL, 2005a).

O CAPS I presta serviço de atenção psicossocial para adultos com transtornos mentais severos e persistentes através de atendimentos diários, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando cinco dias úteis da semana. A assistência prestada inclui atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e uma refeição diária. O CAPS II presta o mesmo serviço em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS III oferece atendimentos diários e noturnos para adultos durante sete dias da semana em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O CAPSad é voltado para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Esse tipo de CAPS possui leito de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. O CAPSi presta assistência a crianças e adolescentes com transtornos mentais em municípios com população acerca de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004b).

No CAPS, o paciente pode ser atendido nos seguintes regimes: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. A primeira modalidade consiste em atendimento diário, a ser oferecido quando o indivíduo encontra-se em grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, necessitando de atenção contínua. No regime semi-intensivo, a indicação é que a ida ao serviço ocorra até três vezes por semana, quando o sofrimento psíquico diminuiu, mas a pessoa ainda precisa de atenção direta para se estruturar e recuperar sua autonomia. O atendimento não intensivo é indicado quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para realizar suas atividades rotineiras e viver em seu território, podendo ser atendido semanalmente. A transição do paciente de um regime a outro deve ser realizada através de avaliação da equipe multiprofissional sobre a melhora adquirida com o tratamento (BRASIL, 2004b).

Dentre as atividades que podem ser oferecidas no CAPS, destaca-se: atendimento individual, como prescrição de medicamentos e psicoterapia; atendimento em grupo, através de oficinas terapêuticas (oficinas expressivas como de expressão plástica, corporal, verbal ou musical, oficinas geradoras de renda ou de alfabetização) e atividades esportivas; e, atendimento para a família através dos grupos familiares e visitas domiciliares. Além disso, é importante desenvolver atividades comunitárias, visando a integração do serviço e do paciente com a família, a comunidade e a sociedade em geral, considerando que o tratamento no CAPS visa a reinserção social e o paciente não precisa necessariamente ficar a maior parte do tempo na instituição (BRASIL, 2004b).

O modelo de atenção oferecido pelo CAPS visa a reinserção ou reabilitação psicossocial dos indivíduos com transtorno mental. Pitta (1996) afirma que esta reabilitação passa a ser entendida a partir da ideia de reconstrução do exercício pleno da cidadania e da contratualidade social nos cenários da família, trabalho e rede social, conceituando o termo como “um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos” (p. 23). Seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social e recreativo (PITTA, 1996).

Amarante (1998) propõe a reflexão sobre as novas formas de tratamento do sofrimento mental, destacando que o fato de serem serviços extra hospitalares por si só, não garantem a natureza não-manicomial, sendo necessário uma mudança na forma de pensar o tratamento e a

relação com as pessoas. Desinstitucionalizar vai além das instituições físicas, requer uma mudança nos campos administrativo, financeiro, organizacional, técnico, afetivo, subjetivo e social (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Pelbart (1990) em seu texto “Manicômio Mental – a outra face da clausura” traz a reflexão de que não basta apenas acolher os “loucos” e nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se o transtorno mental fosse só distúrbio e sintoma social. É necessário abolir além dos manicômios físicos, os manicômios mentais existentes, configurados por pensamentos de desrazão que alimentam a exclusão dos indivíduos com sofrimento mental devido ao pensamentos carcerários criados pela cultura.

Em relação à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil, a atenção a este público aconteceu de forma tardia, onde por muitos anos estes sofreram com tratamentos inadequados em instituições assistenciais mantidas por entidades filantrópicas, que embora não se configurassem como instituição psiquiátrica, apresentava modos de exclusão e violência semelhantes (BRASIL, 2005b).

Segundo Couto (2001), este fato justifica-se pela concepção existente de recusa dos transtornos mentais como condição de existência no público infantojuvenil. Os aspectos característicos de sofrimento mental ou adoecimento psíquico eram diagnosticados como deficiência mental, necessitando de suporte pedagógico e adaptativo.

O atraso da criação de políticas de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes podem ser explicadas por alguns fatores. Primeiro pela variedade de problemas existentes relacionados à saúde mental na infância e adolescência e a complexidade em formular um diagnóstico, que exige neste período da vida, procedimentos de avaliação específicos e necessidade de informações daqueles que compõem o ambiente social do sujeito. Uma outra questão refere-se à inexistência, até pouco tempo atrás, de evidências sobre a eficácia de tratamentos para transtornos mentais infantis. E ainda, a especificidade do sistema de cuidado de crianças e adolescentes que envolvem outros setores que agem de alguma forma na vida destes, como setores de saúde básica, educação, assistência social, justiça e direitos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Segundo Couto e Delgado (2015), o Estado Brasileiro apresentou duas conformações referentes à criança e ao adolescente: uma mais tutelar e disciplinar que orientou as oito primeiras décadas da República e outra baseada na premissa de proteção que considera a

criança e o adolescente como sujeitos de direito. A mudança sobre essas conformações aconteceu com a Constituição de 1988 e as mudanças sociais ocorridas na década de 80 e 90.

As primeiras conferências sobre políticas de saúde mental já discutiam sobre os transtornos mentais infantis, mesmo que timidamente, mas foi após o acontecimento de dois eventos externos à saúde mental, que surgiu a construção social e política de uma nova concepção da criança e adolescente. Primeiro, a Convenção Internacional sobre os direitos da criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, onde a criança passou a ser vista como sujeito de direitos e em seguida, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990 através da Lei 8.069 (BRASIL, 1990c), que trouxe o entendimento de que crianças e adolescentes devem ser considerados como cidadãos com direitos e deveres, necessitando ter acesso à saúde, lazer, educação, alimentação, profissionalização e cultura, estando protegidos de situações de abandono e violência, vivendo sob garantia do direito à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2005b).

A nova concepção de criança e adolescente, possibilitada pelo marco dos direitos humanos, permitiu que fossem reconhecidos como questões relevantes para as políticas públicas de cuidado aspectos fundamentais de sua condição de sujeito psíquico: além de seres vivos e sociais, crianças e adolescentes são seres falantes, agentes de sua subjetivação frente às experiências no mundo. Guardam em comum com todos que partilham a condição humana o fato de terem histórias de vida e experiências particulares, serem atravessados pelos enigmas da existência, sofrerem, transtornarem-se e poderem expressar de diferentes maneiras seu transtorno, mal-estar ou sofrimento intenso. São sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas também serem atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos (COUTO; DELGADO, 2015, p. 21-22).

A III Conferência de Saúde Mental, realizada em 2001, trouxe um aprofundamento nas discussões sobre a infância e adolescência, constando no relatório final do evento, um item específico sobre a questão, indicando a direção para a construção da política de saúde mental infantojuvenil, que deveria ser orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica, considerando a criança e o adolescente como sujeitos psíquicos e de direitos, merecendo uma rede de cuidados baseada na intersetorialidade:

[...] criar a política de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, mediante a implementação de CAPS infantil e outros serviços e garantir que o Ministério da Saúde normatize a criação dos CAPS, tendo como

fundamentos os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente [...] (BRASIL, 2002, p. 57).

Esta Conferência trouxe uma alusão direta ao dispositivo CAPSi, mas somente em 2003, com a Portaria nº 1947/GM (BRASIL, 2003) que os serviços de atenção às práticas de saúde mental infantojuvenil são tratados com maior abrangência. Tal portaria definiu estratégias de atendimento às crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, através do Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi. (TAÑO, 2014). Este, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS), organiza-se como um ambulatório diário para crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, configurando-se como um modelo de atenção pautado em bases territoriais e comunitárias (RONCHI, 2012). Atualmente, representam a principal instituição de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico graves, persistentes, ou em situação de grande vulnerabilidade e, por suas características, sua proposta de trabalho está em processo de construção pelos profissionais (MUYLAERT, 2016).

O CAPSi é composto pelo trabalho de equipes multiprofissionais, fundamentados na lógica da atenção diária, do cuidado intensivo, do trabalho em rede e baseados na comunidade, visando a ampliação dos laços sociais possíveis a usuários e familiares. Se configura como a primeira resposta ao SUS em relação à necessidade de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, que até então não tinham possibilidade de tratamento (COUTO; DELGADO, 2015).

As diretrizes que devem guiar o CAPSi, segundo Brasil (2005b), são: reconhecer o pedido de atendimento e acolher aquele que chega ao serviço, criança, adolescente ou responsável; responsabilizar-se pelo atendimento da criança ou adolescente na Instituição ou encaminhar para o atendimento adequado; cuidar da criança e do adolescente, respeitando sua condição de sujeito; comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente no processo de atenção; garantir o cuidado através de recursos teóricos-técnicos dos profissionais envolvidos; manter aberto os canais para comunicação com outros dispositivos, usando a lógica da rede de atenção ampliada.

Nos casos em que existe a necessidade de acompanhamento no CAPSi, estes devem envolver atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, tratamento medicamentoso, visitas domiciliares, atendimento à família, atendimentos comunitários, entre outros. As modalidades de atendimento são compartilhadas entre as equipes e devem atuar de forma interdisciplinar, devendo ser compostas por assistentes sociais, enfermeiros, educadores

físicos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, pedagogos, psicólogos, psiquiatras, oficinairos e profissionais de ensino médio (BRASIL, 2004b).

Brasil (2004b), afirma que o tratamento deve ter estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral da criança e do adolescente, envolvendo ações no âmbito da clínica e também ações intersetoriais. É importante o envolvimento com questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, educação, saúde, assistência, moradia, etc., pois a melhoria das condições gerais do ambiente onde vivem os mesmos contribuem para sua evolução clínica.

A atual política de saúde mental infantojuvenil apresenta dois focos principais de atuação: implantação e manutenção dos CAPSi e, a articulação de uma rede intersetorial que seja responsabilizada pelo cuidado à infância e à adolescência. Entre os princípios éticos que norteiam o acompanhamento no CAPSi, considera-se que: a criança e o adolescente são sujeitos de sua história e sofrimento, sendo considerados interlocutores do que lhes acontece; toda e qualquer criança ou adolescente tem o direito de receber o atendimento na Instituição e serem encaminhados ou para a inserção no serviço ou para atendimento especializado, caso sua necessidade não seja atendida na Instituição (CRAS, CREAS, acompanhamento médico específico); todo caso encaminhado para outro serviço deve ser acompanhado pela equipe através de discussão de casos; deve haver articulação entre as diversas instâncias pelas quais se pode tecer o cuidado à criança e ao adolescente (BRASIL, 2005a).

A assistência dos CAPSi é baseada na lógica da atenção territorial e comunitária, tendo como referência a reabilitação psicossocial, priorizando as ações de cuidado que assegurem o direito à liberdade, evitando intervenções que produzam restrição de trocas sociais. A atenção a cada usuário é direcionada através do Projeto Terapêutico Singular, instrumento definido pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado de uma discussão interdisciplinar de uma ou mais equipes onde todas as opiniões e propostas são importantes para tentar entender o sujeito” (BRASIL, 2008).

Este instrumento é construído de forma compartilhada pela equipe multiprofissional e família, de acordo com as demandas e anseios dos usuários, permitindo o planejamento e execução das atividades a serem realizadas com cada um de acordo com sua realidade específica. (BRASIL, 2004a).

Segundo Tostes (2007), para que o cuidado em saúde mental em crianças e adolescentes seja implantado, é necessário considerar que os mesmos encontram-se em fase de crescimento e desenvolvimento e que há fatores que podem influenciar no diagnóstico de

doenças mentais e comportamentais. Assim, os profissionais que compõem a equipe multiprofissional devem estar capacitados para compreender o contexto social, familiar, escolar e religioso no qual o indivíduo está inserido, a fim de estabelecer um diagnóstico de doença mental ou verificar que se trata apenas de condutas referentes ao processo de desenvolvimento e estabelecimento de identidade.

2.2 Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos na Adolescência

A adolescência é considerada a fase de transição entre a infância e a fase adulta e caracteriza-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais, onde o indivíduo evolui de um estado de intensa dependência para uma condição de autonomia pessoal (SANTOS, et al., 2011). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990c), considera-se adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade, enquanto a Organização Mundial de Saúde – OMS (Apud BENETTI et al., 2007) define o período entre dez e dezenove anos para caracterizar esta fase.

Segundo Pratta e Santos (2007), a adolescência corresponde a um fenômeno biopsicossocial cujo elemento psicológico do processo é influenciado pela sociedade e corresponde a um momento de descobertas de limites e valores. Se caracteriza por uma fase de aprendizado, busca por autoafirmação, independência individual e definição da identidade sexual. Fase esta que tem início a partir das mudanças físicas que ocorrem na puberdade e sua duração está relacionada com o ambiente social e econômico ao qual o indivíduo está inserido. Esta etapa do desenvolvimento é marcada por momentos de instabilidade emocional, onde sentimentos de angústia, injustiça, insegurança e incompreensão são comuns.

Tavares (2012) alerta para a necessidade de compreensão do contexto familiar, social, escolar e religioso que o indivíduo se encontra inserido, a fim de analisar se tais manifestações emocionais se referem apenas ao processo habitual de desenvolvimento ou se podem constituir um sofrimento psíquico.

Segundo Salles (2005), o conceito de infância e adolescência foi uma construção da sociedade industrial, ligado às leis trabalhistas e ao sistema educacional que torna o jovem dependente dos pais. A adolescência surgiu com a escolarização, que supõe a separação entre adultos e seres em formação, com a família burguesa, que separa a família do exterior e exclui a criança do mundo de trabalho. A criança foi excluída do mundo do trabalho e separada dos adultos, adquirindo um status de inocente. Esta distinção entre criança e adulto permitiu que a adolescência começasse a ser percebida como um período específico do desenvolvimento humano, sendo uma fase de transição entre os dois momentos, caracterizada pela experimentação de valores, de papéis sociais e de identidades.

Segundo Aguiar, Bock e Ozella (2001), Stanley Hall foi o primeiro autor da Psicologia a tratar da adolescência, seguido por Erik Erikson, Aberastury e Knobell, compreendendo a adolescência como um momento marcado por crises, desequilíbrios e instabilidades, baseados no referencial psicanalítico.

Vygotsky (2009), em sua teoria histórico cultural, afirma que o psiquismo se constrói com as experiências, os conhecimentos, os valores e as informações transmitidas pela comunicação, tradição e educação. O ser humano se desenvolve biologicamente e psicologicamente por meio de suas relações sociais, no meio em que vive, sendo um processo contínuo. Neste sentido, precisa-se pensar a adolescência a partir de um momento histórico e uma cultura específica, onde o adolescente é resultado de suas relações. Para o autor, a adolescência é denominada como a “idade da transição”, momento do desenvolvimento humano investigado a partir das variáveis concretas que descrevem suas principais ocorrências: a maturação sexual, a constituição de novos interesses e a ampliação das funções psíquicas superiores (memória, atenção, percepção).

Nesta idade da transição ocorre a interação entre linguagem e pensamento, onde por uma parte, o adolescente domina o pensamento em conceitos e por outra parte, surgem as formas superiores de relações específicas entre o pensamento e a ação. A ação forma juízos na linguagem e a converte em um processo intelectual. Neste processo, é possível observar como se verbaliza o pensamento, como se transforma o intelecto prático em verbal e como se intelectualiza a linguagem através da ação prática (VYGOTSKY; LURIA; LEONTIEV, 2006).

De acordo com Oliveira (2006), a configuração subjetiva do adolescente passa pela coordenação entre fatores biológicos e os da ordem psicossocial e cultural, fatores estes que recebem uma significação da cultura. A adolescência traz significativas mudanças nas esferas de atividade do sujeito, como mudanças na autopercepção, novos papéis na família e no trabalho, maior autonomia de circulação social e perspectivas quanto ao futuro, fatores estes que contribuem para a resignificação da relação do adolescente com seu grupo familiar e social. Enquanto na infância, o principal dispositivo de socialização é a imitação, nesta fase passa a ser a diferenciação.

A construção da categoria adolescência para Vygotsky está ancorada na produção de significados sociais, sentidos (re)elaborados pelos adolescentes, mediatizados através dos sistemas simbólicos da linguagem e da cultura, articulados com os aspectos históricos e sociais concretos, no qual o adolescente está inserido (MENEZES; NASCIMENTO, 2013).

O autor enfoca a importância de acompanhar o desenvolvimento dos interesses do adolescente, que se apresentam numa fase de “morte” dos interesses infantis seguido pelo “nascimento” de novos interesses, sendo caracterizada por atitudes hostis consigo e com os outros, infrações de regras, inquietude, baixo rendimento escolar, tendência ao isolamento, tristeza, angústia e atração pelo sexual, configurando a “crise” tão comum na adolescência.

Até então, o sujeito criança se desenvolvia através de jogos e brincadeiras, já nesta nova fase a vivência com o real se dá através das relações sociais, onde os interesses devem ser direcionados para o social e o cotidiano, para o estudo e trabalho e para o mundo circundante. Para Vygotsky, o desenvolvimento geral do adolescente enquanto pessoa pode ser prejudicado se seus interesses não forem direcionados para o social (VYGOTSKY; LURIA; LEONTIEV, 2006).

Nesta etapa do desenvolvimento, a atividade principal é a comunicação íntima pessoal entre os jovens, na qual a posição do indivíduo, em relação aos adultos, sofre alteração sendo igualada ou até de superioridade em alguns aspectos. Este é o momento onde o adolescente depara-se com as exigências de como deve agir, ao mesmo tempo em que busca seu próprio posicionamento pessoal diante de sua realidade imposta a sua vida social e pessoal, ligado aos seus interesses, além do convívio com as regras dos grupos os quais faz parte. Esses interesses são provocados e modificados devido sua natureza histórico-social dada pelas condições de vida do jovem, intensificando o processo de desenvolvimento das funções psicológicas e de novos conceitos, a partir de uma relação dialética entre ensino e aprendizagem. A partir de então ocorre o amadurecimento de novas atrações, acompanhados da reestruturação biológica, com o amadurecimento sexual, principalmente (VYGOTSKY, 1996).

Berni e Roso (2014) a partir dos preceitos da Psicologia Social Crítica, realizaram uma pesquisa a fim de questionar as representações sociais que foram culturalmente construídas sobre a adolescência em relação ao fato de ser caracterizada sempre como uma fase difícil, marcada por conflitos e reações psicológicas negativas, como rebeldia. Os resultados da pesquisa corroboram com a ideia da Psicologia Histórico Cultural, indicando a adolescência como um processo que traz consigo possibilidades de vir-a-ser, tornar-se, transformar-se, sendo o adolescente um ser social e histórico, se constituindo a partir da cultura o qual está inserido, sendo uma “(...) fabricação social dotada de interpretações e significações produzidas em sociedade” (p. 132).

Considerando a psicopatologia nesta etapa da vida, as ideias vygotskyanas apontam as vivências enquanto unidade de análise na qual se funde o social com as particularidades individuais, permitindo entender a relação entre as condições de vida patologizantes com os processos psicológicos desenvolvidos sob essas condições, levando ao sofrimento e adoecimento psíquico (VYGOTSKY, 1996).

Em relação a aspectos psicológicos e psicopatológicos, Feitosa et al. (2011) afirmam que a prevalência de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência variam de 1% a 51% em população internacional, considerando o contexto cultural e as diferenças sociais como

determinantes dessa variação. Os transtornos mais comuns incluem os transtornos de conduta, transtornos de atenção e hiperatividade e os transtornos emocionais. Tais distúrbios podem interferir no desenvolvimento psicossocial e educacional, e ainda, gerar problemas psiquiátricos graves na vida adulta.

A Associação Americana de Psiquiatria conceitua transtorno mental como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico que ocorre em um indivíduo, e que se mostra associado com sofrimento ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. São considerados três grupos principais nos diagnósticos na psiquiatria infantil (APA, 2000):

- a) desordens emocionais (problemas internalizantes), como: depressão, ansiedade, desordens obsessivo-compulsivas e somatização;
- b) desordens de comportamento disruptivo (problemas externalizantes), a exemplo da conduta desafiadora excessiva e transtornos de conduta-agressividade a pessoas e animais e comportamento transgressor, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro;
- c) transtornos do desenvolvimento, como: problemas de aprendizagem, desordens autistas, enurese e encoprese.

De acordo com Feitosa et al. (2011), os estudos de epidemiologia no Brasil sobre transtornos psiquiátricos infantojuvenis ainda são escassos, onde os dados indicam a prevalência de distúrbios neuróticos e psicossomáticos, retardo mental e transtornos de desenvolvimento. Tais estudos apontam que os transtornos se tornam mais graves com o aumento da idade. De acordo com Garcia, Santos e Machado (2015), em pesquisa que buscou descrever o perfil nosológico dos atendimentos infantojuvenis entre 2008 e 2012 no país, constataram que 29,7% estavam relacionados a transtornos de comportamento, 23,6% a transtornos de desenvolvimento e 12,5% a retardo mental.

Gauy (2016) em pesquisa sobre os quadros patológicos mais comuns em adolescentes escolares encaminhados para serviços de saúde mental, indicam dificuldades emocionais/comportamentais combinadas com dificuldades de aprendizagem e de vida diária. Tais dificuldades podem gerar fracasso acadêmico, prejuízo social, dificuldades de relacionamento, abuso de drogas e suicídio. Dados da Organização Mundial de Saúde, apontam a depressão, o suicídio e as psicoses como situações de prioridade na adolescência, incluindo ainda os transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos alimentares (BENETTI et al. 2007).

Em relação ao suicídio, Moreira e Bastos (2015) através de revisão de literatura sobre o tema afirmam que a frequência do suicídio está se deslocando dos idosos para os mais

jovens, se configurando como uma das cinco causas de morte mais frequente na faixa etária de 15 a 19 anos, tendo como principais fatores associados: tentativas anteriores de suicídio, doenças mentais (depressão e abuso de álcool e drogas, principalmente), histórico de suicídio na família, ausência de apoio social, eventos estressantes e características sociais, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. E indicam que os fatores de proteção seriam: bom relacionamento com os familiares, boas relações sociais, confiança em si mesmo, buscar e estar aberto a conselhos, integração social, bom relacionamento com colegas de escola, com professores e outros adultos.

Diversos autores (AVANCI et al. 2007; BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIN, 2015; CRIVELATTI; DURMAN; HOFSTATER, 2006; SÁ et al. 2010; SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010 E VITOLLO et al. 2005) se propuseram a investigar os aspectos envolvidos em relação à saúde mental dos adolescentes.

O estudo realizado por Avanci et al. (2007) teve por objetivo investigar os problemas de saúde mental de adolescentes escolares e identificar aspectos individuais, sociais e familiares associados ao seu desenvolvimento. Foi utilizada a escala *Self-Reported Questionnaire*, onde constatou-se que a violência psicológica, eventos difíceis do relacionamento familiar, satisfação com a vida e desempenho escolar se apresentam com potencial para comprometer a saúde mental dos mesmos. Além disso, concluiu-se que o sexo feminino, baixa autoestima, insatisfação pela vida e pouca participação acadêmica se configuram como fatores de risco para transtornos emocionais.

Bittencourt, França e Goldin (2015) realizaram um estudo com 229 adolescentes usuários de um CAPSi buscando traçar o perfil biopsicossocial dos mesmos e identificar fatores de risco para o início do uso de drogas entre adolescentes. A grande maioria da amostra era do sexo masculino, haviam praticado algum ato infracional, estavam em evasão escolar e conviviam com familiares que usavam drogas e/ou estavam em situação de agressão familiar. Os autores concluíram que a adolescência é o momento mais comum para o primeiro contato com álcool e/ou drogas acontecer, onde as estruturas cerebrais responsáveis pelo controle de impulso ainda estão em amadurecimento. Desta forma, o comportamento impulsivo somado às transformações físicas e psíquicas e aos conflitos no ambiente familiar e social aprofundam a vulnerabilidade desta população, sendo necessário maior atenção por parte dos serviços de atendimento a adolescentes na esfera da saúde, educação e assistência social como forma de prevenção, buscando reduzir os riscos. Tal assistência deve se estender também à família e à escola, que se apresentam como integrantes do ambiente social do adolescente.

Outro estudo feito por Crivelatti, Durman e Hofstater (2006), buscou investigar os sentimentos dos adolescentes diante da patologia (depressão) e os resultados mostraram que os adolescentes demonstram-se frágeis e incompreendidos diante das transformações psicológicas, fisiológicas e emocionais decorrentes da idade, o que favorece o surgimento de sintomas depressivos. As situações novas que os mesmos se deparam assim como a pressão social, favorece condições para flutuações do humor e mudanças no comportamento, como rebeldia e solidão. A existência de conflitos no relacionamento familiar emergiu em todas as entrevistas e também constituiu um fator determinante no desenvolvimento do transtorno de humor.

Sá et al. (2010) se propuseram a analisar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de uma comunidade urbana de baixa renda, através de um estudo de corte transversal, aplicando instrumentos estruturados às mães dos mesmos. Os resultados apontaram que problemas familiares como ideação suicida da mãe, violência familiar contra a mãe ou contra os filhos e embriaguez do pai / padrasto, se configuram como aspectos relevantes para vulnerabilidade a problemas de saúde mental. Assim, concluem que é necessário conhecer a realidade familiar e social de cada indivíduo para identificar situações de vulnerabilidade e possíveis estratégias de atuação.

Scivoletto, Boarati e Turkiewicz (2010) em estudo sobre emergências psiquiátricas na infância e adolescência apontam que a prevalência de transtornos psiquiátricos nestas fases é de 10-15%, onde as principais causas de atendimento emergencial são alterações de comportamento sem diagnóstico estabelecido (agressividade e agitação psicomotora por exemplo), comportamento suicida, depressão, agressividade, abuso de substâncias e situações de violência. Afirmam que o diagnóstico inicial além de considerar o exame psíquico, físico e neurológico, precisa do envolvimento da família para identificar fatores de risco através de dados referentes à história de vida do indivíduo, como presença ou não de suporte familiar e social. Dentre as apresentações clínicas mais comuns nos primeiros atendimentos psiquiátricos destacam: comportamento agressivo, intoxicações e quadros confusionais, comportamento suicida, psicoses, transtornos ansiosos, transtornos alimentares e maus tratos e abusos.

Vitolo et al. (2005), buscaram em sua pesquisa identificar fatores de risco para problemas em saúde mental de adolescentes e sua possível relação com crenças e atitudes de pais / educadores. Para isso, foi feito estudo de corte transversal com pais / educadores através de questionários específicos. Os resultados apontaram grande prevalência de problemas de

saúde mental em adolescentes e relação com métodos educativos de pais/educadores, assim como presença de problemas emocionais nestes.

Tais pesquisas apontam que relações familiares e as experiências cotidianas se configuram como fatores de risco para problemas de saúde mental, considerando que o adolescente estrutura seu mundo através das influências que recebe daqueles que constituem seu âmbito social. Apesar da influência genética biológica, os fatores psicossociais como, família desestruturada, desemprego, pobreza e dificuldade de acesso à saúde e educação e, os fatores ambientais, tais como: doença na família, morte de alguém próximo e até uma situação de divórcio, são considerados causadores de estresse e/ou modificadores do ambiente e aumentam a probabilidade de problemas emocionais interferindo no comportamento do indivíduo (MATOS et al., 2015). Desta forma, é imprescindível que o cuidado em saúde mental dos adolescentes se estenda às relações familiares.

2.3 Família e Saúde Mental

Há diversas formações de família que foram se configurando no decorrer da história diante das transformações sociais, políticas e culturais que permearam as modificações da sociedade. A família é cobrada pela sociedade através de críticas, sugestões, elogios e ameaças a fim de que cumpra seu papel social. A dinâmica familiar reflete as mudanças ocorridas na história em relação aos aspectos sociais e culturais, constituindo os indivíduos e influenciando seus comportamentos nas relações que estabelecem no convívio social (MACHINESKI, 2011).

Segundo Engels (1991), na época primitiva, a união sexual se dava de forma ampliada, baseada pela atração sexual do macho pela fêmea ou vice-versa, sendo as famílias constituídas a partir da poligamia dos homens e da poliandria das mulheres, o que fazia com que os filhos provenientes de relacionamentos diferentes fossem considerados comuns. A monogamia do casal contemporâneo foi resultado de diversas modificações históricas. Os tipos de formações familiares que se instituíram desde o início da existência humana foram: a família consanguínea; a família punaluaana; a família sindiásmica e por fim, a família monogâmica.

Segundo o autor citado, a família consanguínea foi predominante no período selvagem, onde os grupos conjugais se classificavam por gerações. Os ascendentes e descendentes, pais e filhos, eram os únicos que estavam excluídos dos deveres e direitos do matrimônio, já os demais eram considerados parceiros uns dos outros, sendo que os irmãos e irmãs tinham um vínculo de relação carnal recíproca. Esta forma de família desapareceu no decorrer da história.

Já a família punaluaana excluiu os pais, filhos e irmãos das relações sexuais recíprocas, sendo que essas mudanças ocorreram de forma gradativa, onde no primeiro momento foram excluídos da relação os irmãos por parte de mãe e em seguida, a proibição de matrimônio entre primos. Nesse tipo de família, não se pode ter a certeza sobre o pai de uma criança, mas sabe-se sobre a mãe, reconhecendo a filiação materna. Assim, devido a proibição de relações sexuais entre irmãos por linha materna, este grupo se constitui num círculo fechado de parentes consanguíneos por linhagem feminina, se consolidando por meio de instituições de ordem religiosa e social (ENGELS, 1991).

Na família sindiásmica, “o homem vive com uma mulher, mas de maneira tal que a poligamia e a infidelidade ocasional continuam a ser um direito dos homens” (ENGELS, 1991, p.10). Já em relação às mulheres, exige-se a rigorosa fidelidade das mesmas, sendo o adultério destas, cruelmente castigado. No entanto, o vínculo conjugal se desfaz facilmente e após a separação, os filhos pertencem exclusivamente às mães. Neste momento da história, as mulheres se tornaram escassas e os homens precisavam procurá-las, surgindo assim, os raptos e as compras de mulheres. Nesta família, predominava o lar comunista, acreditando que tal formação era instável para demonstrar a necessidade de um lar particular. Nesse lar comunista, permanecia o regime matriarcal, onde as mulheres ocupavam o lugar central nas decisões familiares. A medida que uma nova ordem social se instaurou pautada na acumulação de riqueza, o poder da mulher foi transferido para o homem, surgindo a família patriarcal, que caracteriza-se pela poligamia dos homens, monogamia e escravidão das mulheres, além do direito da paternidade dos filhos (ENGELS, 1991).

Engels (1991) cita a família romana como a representação da família patriarcal, onde a autoridade do patriarca se fazia valer sobre todos os componentes do grupo familiar, sejam eles filhos, esposa ou agregados. Este, criava suas próprias leis, além de exercer domínio no âmbito político e religioso. A ele era permitido exercer o poder de vida e de morte sobre todos os outros integrantes do grupo familiar. Em síntese, tinha funções que extrapolavam o âmbito doméstico, ou seja, influenciava e deliberava sobre questões políticas, religiosas e econômicas. Nesse modelo de família, em nome da necessidade de garantir a certeza da paternidade dos filhos, a esposa foi confinada ao espaço doméstico, tendo sua vida econômica, cultural e política comprometidas.

A família monogâmica surgiu de um contexto social no qual se estabeleceu como necessária para garantir a não dissipação dos bens e riquezas acumuladas pelos homens. Diferente das formas anteriores de família, a monogamia oferecia a certeza da paternidade dos filhos, garantindo a legitimidade dos herdeiros. Alicerçada sobre a união entre um homem e uma mulher, a monogamia solidifica, os laços conjugais, onde mais uma vez ocorre o prejuízo do direito da mulher, já que o rompimento da relação conjugal passa a ser direito exclusivo do homem. É importante ressaltar que a união entre homem e mulher promovida pela monogamia, em nada teve a ver com o vínculo sexual ou afetivo entre o casal, onde o casamento se dava por conveniência, baseado estritamente no interesse econômico (ENGELS, 1991).

A estrutura familiar da contemporaneidade, que considera importante a construção do vínculo afetivo nas relações entre pais e filhos, é resultado de um processo histórico iniciado

na Idade Média. Segundo Aries (1981), a instituição familiar era uma realidade moral e social, mais do que sentimental e afirma que as diversas concepções familiares são imbricadas pelas diversas formas de compreensão da infância. Na Idade Média, a infância tinha duração até que a criança adquirisse alguma autonomia, se misturando aos adultos em atividades de trabalho ou lazer. A transmissão de valores e conhecimentos e socialização da criança ficava sob responsabilidade de outra família, que a recebia como aprendiz para realizar tarefas domésticas. Assim, a família não tinha possibilidade de construir laços afetivos entre pais e filhos.

O século XVII caracteriza-se pelo interesse e sentimento pela infância, graças às modificações sociais e econômicas que definiram um novo modo de produção e com ele, uma ideologia acerca dos cuidados maternos e infantis que passaram a influenciar as relações econômicas mundiais a partir do século XVIII. Essas mudanças permitiram uma transformação da família devido a inserção da criança na escola e por isso, o afastamento do mundo adulto, propiciando a construção de uma família centrada no afeto entre os cônjuges e entre pais e filhos como centro da realidade familiar (ARIES, 1981).

Do ponto de vista estrutural, a família pode ser explicada a partir dos modelos aristocrático, camponês, burguês, operário e da aldeia global do limiar do Século XXI. Na família aristocrática do Século XVI e XVII, o lar era visto como uma proteção contra as ameaças externas e caracterizava-se como um lugar político, onde a educação objetivava o respeito à hierarquia social e os pais mantinham autoridade sobre os filhos, os tratando como animais domésticos, os punindo severamente. O lar da família camponesa do Século XVI e XVII se estruturava em função de garantir a sobrevivência, sendo o lugar de bens de produção essenciais, onde a educação visava a renúncia à individualidade e as relações intrafamiliares se baseavam no sistema matriarcal. Neste momento, a família passou a ter a função de oferecer saúde, educação, afeto e cuidado às crianças do seu núcleo, surgindo a família moderna. A família burguesa do Século XIX tinha seu lar como lugar de lazer, refúgio e intimidade, onde os pais eram vistos como modelo de identificação, onde a autoridade parental existia mas as punições relacionavam-se à retirada de amor ou culpabilização. A família operária do Século XIX era caracterizada pelo modelo patriarcal, onde os castigos físicos e abandonos estavam presentes, buscando-se sempre a obediência. A família do Século XXI se forma a partir da necessidade de convivência e desejo de procriação, tendo o lar a função de prover segurança física e psicológica (OSORIO, 2006).

Assim, na sociedade contemporânea, algumas funções que antes eram da família passaram a ser assumidas por Instituições como escolas, fábricas, meios de comunicação,

igreja, entre outras. Funções estas, como socialização, transmissão de valores culturais e normas, etc. A família composta por pai, mãe e filhos, vivendo em um mesmo espaço, constitui uma estrutura familiar idealizada pela sociedade como a adequada para as relações entre pais e filhos. Fora desse contexto, são famílias consideradas como fontes de problemas emocionais e comportamentais, já que existe a expectativa que a família nuclear seja produtora de proteção e construção de identidade (SERAPIONI, 2005).

Serapioni (2005) afirma que as modificações do cenário social implicam no surgimento de novas formações de famílias que se adaptam aos diferentes comportamentos e relações assumidos pelo ser humano na sociedade. Assim, é preciso considerar a família levando em conta seu movimento de organização e reorganização, podendo ser vista como um grupo de pessoas que convive de forma hierarquizada e mantém laços afetivos e de cuidado entre seus membros.

Por família, segundo o ECA (1990c), entende-se a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes. Uma das funções da família é atender às necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros, atuando no ambiente em que vive, construindo uma história. Outro conceito é apresentado por Prado (1985), onde afirma que família é uma instituição social que varia através da história e apresenta finalidades diversas numa mesma época e lugar. Já Pichon-Riviere (2005), define família como uma estrutura social básica que se configura pelo jogo de papéis diferenciados (pai, mãe, filhos...). Os conceitos apresentados demonstram que a diversidade da constituição familiar presentes na dimensão teórica.

Neste sentido, Kaslow (2001) apresenta alguns tipos de arranjos familiares: família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos; família extensa, incluindo três ou quatro gerações; famílias adotivas temporárias; famílias adotivas que podem ser multiculturais; casais; famílias monoparentais chefiadas por mãe ou pai; casais homossexuais com ou sem crianças; famílias reconstituídas depois do divórcio; e várias pessoas vivendo juntas sem laços legais.

Segundo Machineski (2011), a família é a única instituição social desenvolvida em todas as sociedades, constituindo a base da estrutura social dos indivíduos, influenciando seus comportamentos nas relações com os outros indivíduos. É preciso considerar a família no seu movimento de reorganização de novas formações familiares, como aumento das famílias monoparentais e o surgimento de família após ruptura de relacionamentos e formação de

outros, podendo ser considerada assim, como um grupo de pessoas que convivem de forma hierarquizada e mantém ligação afetiva e de cuidado.

Assim, é possível definir o laço familiar como uma relação marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuas. Tal identificação, muitas vezes, origina-se de fatos alheios à vontade da pessoa, em alianças conscientes e desejadas ou em atividades realizadas em comum (MACHINESKI, 2011, P. 35).

Nesse sentido, quando pretende-se compreender situações vivenciadas, é necessário considerar as variações de conceitos de família, dando preferência a falar sobre dinâmicas e relações familiares, onde os laços familiares se constituem a partir das relações que tornam o ser humano social. Independente das mudanças nas formações familiares, as mesmas continuam sendo consideradas como unidades de provisão de cuidados físicos e psicológicos para seus membros (RAMOS; NASCIMENTO, 2008).

De acordo com Machineski (2011), a família traz consigo o que pode ser chamado de cuidado familiar, ou seja, um cuidar que envolve compartilhamento de crenças e valores que perpassam de geração para geração, caracterizando uma especificidade da família. Este cuidado objetiva crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar, realização pessoal, inserção e contribuição social dos membros de uma família.

A família tem como uma de suas funções assistir os seus membros, atender suas necessidades e prover meios adequados de crescimento e desenvolvimento, sendo espaço de possíveis conflitos e contradições que influencia e é influenciado pelo ambiente que vive (BORBA, 2010). Os vínculos afetivos construídos na família, podem ser aspectos desencadeadores de desenvolvimento saudável e de padrões de interação positivos que possibilitem ao indivíduo um ajustamento aos diferentes ambientes que participa. O suporte de apoio parental em nível cognitivo, emocional e social permite o desenvolvimento de repertório positivo para enfrentar situações cotidianas. Além disso, influenciam diretamente na construção da autoestima e autoconceito, refletindo nas outras interações sociais e na saúde mental do indivíduo (DESSEN; POLONIA, 2007).

Em relação a família que possui um membro com adoecimento mental é importante considerar que algumas apresentem dificuldades em cumprir sua função por não estarem preparadas para conviver com os sintomas do sofrimento psíquico, por falta de informação ou ainda, por falta de recursos psicológicos. Muitas vezes, a presença de um familiar com

sofrimento psíquico acarreta a sobrecarga, o sofrimento e isolamento familiar, por impor uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais (ROSA, 2011).

É comum em um primeiro momento, a família encarar as mudanças no comportamento do indivíduo com transtorno mental como fato corriqueiro, mantendo a mesma rotina anterior como primeira forma de enfrentamento da questão. Quanto mais os sintomas se aproximam dos comportamentos considerados saudáveis, mais essa “normalização” do transtorno acontece, como em geral acontece com os quadros mais leves de diagnósticos como depressão. Essa postura se configura como uma forma de defesa, devido à estigmatização do transtorno mental. Somente com a intensificação dos sintomas, a perda do seu controle e o desconhecimento da enfermidade vão instigar na família a busca por explicações (ROSA, 2011).

De acordo com Schrank (2006), o adoecimento mental no século XVIII estava relacionado à hereditariedade e influências do ambiente físico e social. Portanto, para tratar o indivíduo era necessário o afastamento do seu convívio social e familiar, o mantendo isolado. Esta forma de tratamento marcada pelo distanciamento familiar deixou marcas na assistência psiquiátrica e hoje, no modelo de atenção psicossocial atual, onde as famílias são consideradas importantes e necessárias para o tratamento, algumas delas encontram dificuldades em exercer esse papel.

Segundo Tessler e Gamache (2000), o processo de adaptação dos familiares à presença do transtorno psiquiátrico pode ser caracterizado por três fases: a primeira diz respeito ao início do transtorno, o aparecimento dos primeiros sintomas, onde a família pode apresentar dúvidas sobre o diagnóstico e negar a doença; a segunda fase é marcada pela aceitação da doença e necessidade de busca por ajuda profissional, onde a família passa a ter confiança nos profissionais de saúde e no tratamento recebido, com expectativa de que haverá cura para a doença; na terceira fase a família percebe que a cura não ocorre de forma rápida e que talvez não exista essa possibilidade, perdendo a confiança nos profissionais passando a contar somente com sua capacidade de cuidar do familiar com base nas experiências com as crises.

Segundo Rosa (2011), a partir de 1990 cresceu o número de pesquisas e discussões sobre as relações familiares com o portador de doença mental, sendo impulsionadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, apontando algumas concepções sobre como a família é vista nesse contexto: como um recurso de estratégia de intervenção; como um lugar de possível convivência da pessoa com doença mental; como sofredora, por conviver com o

doente mental e suas dificuldades; como construtor da cidadania do sujeito com doença mental; como provedora de cuidado.

De acordo com Martin et al. (2000), o cuidar revela uma interação entre quem cuida e quem recebe os cuidados, implicando na responsabilidade na prestação de cuidados por uma pessoa, enquanto a outra se limita a recebê-los. Os preceitos da Reforma Psiquiátrica indicam a família como papel fundamental na reintegração do indivíduo à sociedade através do acolhimento e apoio, no entanto precisa ser vista não somente como responsável por esse processo, mas também como uma unidade que necessita de cuidado (SCHRANK, 2006).

Considerando que a família pode ser vista como uma fonte de informações sobre o cuidado a ser oferecido ao familiar com sofrimento psíquico, esta tem recebido um olhar diferenciado dos profissionais de saúde mental, tendo em vista que o modelo atual de atenção psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica, prioriza a reintegração familiar e social do indivíduo, ao contrário do que se praticava no modelo asilar onde havia o afastamento do mesmo do convívio familiar com o intuito de protegê-lo (MACHINESKI, 2011). A equipe de profissionais de saúde mental precisa olhar a família além do transtorno mental, considerando os sentimentos vivenciados como preocupação, ansiedade, culpa, tristeza e desesperança, propiciando formas saudáveis de lidar com a experiência, a encarando como um desafio e não um problema (SCHRANK, 2006).

A partir da implantação do novo modelo de saúde mental e de novas descobertas dos determinantes biológicos dos transtornos psiquiátricos, as famílias, anteriormente responsabilizadas pela causa da doença, tornaram-se importantes colaboradoras no processo de tratamento e reinserção social dos pacientes psiquiátricos. Os familiares passaram a desempenhar o papel de cuidadores desses pacientes, sendo os principais provedores de cuidados em tempo integral, o que anteriormente era realizado nas instituições psiquiátricas por equipes de profissionais. No entanto, as famílias não foram preparadas para assumir essa nova função. Desta forma, a desinstitucionalização psiquiátrica gerou impactos na vida dos pacientes e dos familiares (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

A inserção da família e a transição de instituição para domicílio alterou a forma como esta participava do tratamento do paciente psiquiátrico, passando a ser considerada importante aliada no processo de reabilitação e nessa perspectiva o domicílio é visto como um espaço de cuidado, no qual o adolescente com transtorno mental pode manter a estabilidade da sua condição. O papel de cuidador é geralmente assumido por uma única pessoa, seja por instinto,

vontade, disponibilidade, dever ou capacidade e este processo pode ser imediato, ou gradual (PEREIRA; PEREIRA JR., 2003).

Uma pesquisa realizada por Navarini e Hirdes (2008) com familiares de pessoas em tratamento em um CAPS do interior de Rio Grande do Sul, mostrou que os mesmos possuem dificuldade em aceitar o diagnóstico e insegurança em lidar com a manifestação dos sintomas. Além disso, apresentam sentimento de culpa pelo sofrimento psíquico do outro e dificuldade diante da modificação da dinâmica familiar, que geralmente ocorre.

Silva (2012), em sua pesquisa com familiares de usuários de um CAPS, concluiu que existem contradições apresentadas pela família, onde ao mesmo tempo que afirmam ter papel essencial no tratamento do familiar, também demonstram preconceito e constrangimento diante da doença mental. Para a autora, a falta de conhecimento sobre o diagnóstico e seus sintomas impedem a aceitação da família e contribuem para a desestruturação emocional familiar. Outro fator encontrado pela autora na pesquisa foi o isolamento social do familiar cuidador, que se priva da família, do trabalho e do lazer para viver exclusivamente em função do acompanhamento e tratamento do parente com sofrimento psíquico, perdendo sua perspectiva de vida.

Em relação ao adolescente com sofrimento psíquico, Melman (2008) afirma que a família sente-se incapaz de ajudar, apresentando insegurança e decepção por ter a expectativa de filho saudável, capaz de participar do mercado de trabalho e da sociedade. Em relação a isso, Pimenta (2008) em sua pesquisa com familiares de pessoas com transtornos mentais afirma que os mesmos encaram a doença como ameaça à existência, desestruturando emocionalmente todos os envolvidos na experiência através de vivências de instabilidade, insegurança e conflitos. E além disso, é comum a culpabilização pelo adoecimento do adolescente.

Maciel et al. (2009), trazem em sua pesquisa, a reflexão sobre as mudanças ocorridas através da Reforma Psiquiátrica onde a desospitalização e a inclusão sociofamiliar do doente mental ocorre sem a preparação da família e da sociedade para prestar assistência a estes pacientes. Afirmam que a família aprendeu no decorrer dos anos que a hospitalização (local adequado e isolado) e os médicos (aqueles que possuem conhecimento sobre a cura) constituem o tratamento da doença mental e diante dessa representação, ainda não se encontra preparada para assumir esse novo papel de participação no tratamento.

Esta nova função atribuída à família pelas políticas de saúde mental, na maioria dos casos, se configura como uma sobrecarga na convivência com a pessoa com transtorno mental, desencadeando atitudes de incompreensão e até de rejeição familiar, devido à falta de conhecimento sobre a doença e o preparo emocional para lidar com a situação (GONÇALVES; SENA, 2001).

A sobrecarga é definida como consequências negativas resultantes da ocorrência do transtorno psiquiátrico no âmbito familiar. Em decorrência do acréscimo de atividades desempenhadas pelo familiar cuidador, suas necessidades e desejos são colocados em segundo plano em função das necessidades do paciente. A sobrecarga envolve tantos aspectos concretos como emocionais, apresentando dimensão objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se às alterações observáveis na vida dos familiares, como por exemplo, a redução do tempo dedicado à vida social em função dos cuidados com o paciente, auxiliá-lo em tarefas cotidianas, administrar a medicação, supervisionar comportamentos problemáticos e ser responsável pelas despesas financeiras. Já a sobrecarga subjetiva diz respeito às percepções e aos sentimentos dos familiares ao desempenharem a função de cuidador, por exemplo, as preocupações com o paciente em relação ao tratamento, futuro, vida social e o incômodo gerado ao supervisionar atividades cotidianas do paciente (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015).

Vários estudos (BANDEIRA; BARROSO, 2005; CARDOSO et al., 2012; DEMARCO et al., 2014; HANSEN et al., 2014) se propuseram a investigar os fatores associados à sobrecarga e os principais identificados foram: comportamentos problemáticos do paciente, despesas financeiras, residir com o paciente, ausência de suporte social para os familiares, pouco apoio dos profissionais de saúde, falta de informações sobre o transtorno psiquiátrico, prestar cuidados diários ao paciente, preocupações com o futuro do paciente, presença de outras doenças na família, cuidador trabalhar fora, ter renda baixa e o paciente estar em crise.

A reforma psiquiátrica brasileira traz imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente. A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na reforma psiquiátrica

brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção. Dentro dessa perspectiva, a família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (ROSA, 2011), passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013a).

Dessa forma, o que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da sua cidadania, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001).

Para uma abordagem familiar é importante aliar conhecimentos científicos e tecnológicos às habilidades de observação, comunicação, empatia e intervenção, o que requer aperfeiçoamento de competências profissionais. Na abordagem familiar, considera-se que a saúde da família vai além da soma da saúde dos indivíduos, sendo importante focar as seguintes formas de atuação: oferecimento de acolhimento e escuta regulares; grupos de orientação aos familiares; grupos de cuidados aos cuidadores; intervenções domiciliares que diminuam a sobrecarga do cuidador; oferecimento de dispositivos da rede social de apoio onde os familiares cuidadores de pessoas com sofrimento psíquico possam ter garantido também espaços de produção de sentido para sua vida, vinculadas a atividades prazerosas e significativas a cada um (BRASIL, 2013a).

Assim, tendo em vista a importância do papel dos familiares cuidadores no tratamento dos adolescentes com transtorno mental, é fundamental conhecer a família e inseri-la na assistência em saúde mental a considerando como um sujeito do cuidado, que colabora para a implementação de ações que visem a reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Desta forma, este estudo buscou identificar as vivências dos familiares que cuidam de adolescentes em tratamento no CAPSi, considerando aspectos sociais e emocionais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar as vivências cotidianas de familiares cuidadores de adolescentes atendidos no CAPSi.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever e compreender as vivências dos familiares cuidadores considerando:

- Os cuidados diários com o adolescente, o tratamento e as dificuldades existentes;
- A vivência emocional do familiar cuidador diante do tratamento do adolescente;
- A concepção que o familiar cuidador tem sobre o papel da família no tratamento do adolescente no CAPSi.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Esta pesquisa se caracterizou por um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que objetivou compreender o fenômeno através dos significados que as pessoas lhe atribuem. Segundo Creswell (2014), se utiliza a pesquisa qualitativa quando existe a necessidade de escutar vozes silenciadas e dar poder aos indivíduos para compartilharem suas histórias, obtendo assim uma compreensão complexa da questão. Minayo (2014, p.57), conceitua este tipo de pesquisa como:

(...) o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Esta abordagem se propõe a conhecer os processos constituintes da subjetividade, diferente dos pressupostos da abordagem quantitativa de predição, descrição e controle (HOLANDA, 2006). Uma das características desta abordagem de pesquisa é oferecer ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira como os indivíduos pensam e reagem diante da questão focalizada, além de compreender os sentimentos, valores, atitudes e medos das pessoas diante das diferentes situações vivenciadas (MINAYO, 2014).

4.2 Participantes

Participaram desta pesquisa cinco familiares cuidadores de adolescentes que fazem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em São Luís – MA. Para determinar o número de participantes, foi utilizado o critério de saturação, o qual implica a interrupção da realização das entrevistas quando o pesquisador atinge a compreensão da lógica interna do grupo que está estudando, alcança a homogeneidade, a diversidade e a intensidade das informações necessárias ao seu trabalho (MINAYO, 2014).

4.2.1. Critérios de Inclusão e Não Inclusão

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser familiar cuidador de usuário atendido no CAPSi; ter idade igual ou superior a 18 anos; acompanhar os serviços de

tratamento de adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, que estivessem no mínimo há 6 meses na Instituição, tempo considerado pertinente para avaliação clínica do usuário e direcionamento pela equipe multiprofissional aos serviços e assistência oferecidas na Instituição, e ainda, tempo necessário para avaliar as experiências vivenciais do familiar diante do tratamento; ter condições físicas e emocionais para estabelecer diálogo na entrevista e; concordar em participar da pesquisa após ser informado sobre os aspectos éticos envolvidos e sigilo, através do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Foram excluídos os participantes que não concordaram em participar voluntariamente do estudo após a apresentação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e aqueles que apresentaram algum comprometimento cognitivo, que impossibilitasse a compreensão sobre a proposta do estudo.

4.3 Local de Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atendimento Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi de São Luís – MA. Esta unidade foi escolhida porque funciona conforme as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para atendimento de transtorno mental em crianças e adolescentes. Para que este trabalho fosse realizado, foi solicitada a autorização prévia da Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão assim como da coordenação local.

O CAPSi está localizado no bairro do Turu em São Luís, funcionando em um prédio alugado pela prefeitura municipal, contando com: recepção, cozinha, banheiro, área de serviço, consultórios para atendimentos individuais, espaços abertos de convivência e sala destinada a atendimentos em grupo.

O CAPSi é responsável pelo atendimento psicossocial de crianças e adolescentes com transtorno mental. Funciona de segunda a sexta feira, durante o dia, no período de 08:00h às 18:00h, possuindo estrutura física adequada para a realização de suas atividades. A unidade funciona com equipe multidisciplinar composta por psicólogo, enfermeiro, assistente social, médico psiquiatra, médico pediatra, pedagogo, terapeuta ocupacional, instrutor de artesanato, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais.

A demanda de atendimentos é espontânea, onde os novos usuários são acolhidos, passam por uma triagem e são encaminhados para os atendimentos preconizados para cada caso clínico, conforme diagnóstico multidisciplinar. Ocorrem atendimentos e oficinas

terapêuticas em conformidade com as normas impostas pelo Ministério da Saúde para assistência individual e coletiva. Cada usuário possui um projeto terapêutico individualizado, monitorado por um técnico de referência da unidade, onde é determinada a quantidade de dias de participação e quais os atendimentos serão realizados. Os atendimentos com psiquiatra acontecem mensalmente e as outras modalidades de atendimento com a equipe multiprofissional variam de acordo com a demanda do paciente, podendo ser individual, grupal ou ambos. A Instituição oferece terapia familiar para os familiares do usuário, uma vez por semana no período da manhã e tarde, sendo aberto para aqueles que demonstrarem interesse em participar, não havendo obrigatoriedade de participação.

Para a realização das entrevistas, foi cedida uma sala que continha ventilador, cadeiras de plástico, mesa para apoio dos instrumentos.

4.4 Instrumentos e Materiais

A pesquisa teve como instrumento um questionário sociodemográfico (Apêndice B), para obter informações sobre dados pessoais dos participantes tais como: idade, grau de escolaridade, número de filhos, histórico de adoecimento, entre outras informações. E ainda, um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice C), construído de forma que permitisse flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo entrevistado como sendo relevante (MINAYO, 2014). Este roteiro, conteve perguntas que possibilitassem a construção de narrativas referentes à experiência de convívio com o familiar usuário do CAPSi, assim como o seu tratamento. Minayo (2014), caracteriza a entrevista semiestruturada como uma combinação de perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender a indagação formulada. A autora ainda salienta que esse tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura aos investigadores que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.

Durante as entrevistas, utilizou-se um gravador de voz digital para registrar as sessões, além de prancheta, papel e caneta para anotar considerações não captadas pelo áudio, como gestos e expressões faciais. Em seguida, foi utilizado o computador para transcrição das entrevistas realizadas.

4.5 Procedimentos

4.5.1 Coleta de Dados

Em primeiro momento, o estudo foi apresentado à coordenação da Instituição e posteriormente à Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a Carta de Apresentação da Universidade Federal do Maranhão (ANEXO A), para obtenção da Declaração de Autorização para pesquisa (ANEXO B) e Carta de Anuência (ANEXO C).

Seguindo os trâmites para a realização de pesquisas com Seres Humanos, antes de iniciar o trabalho de campo, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Maranhão. Após aprovação, iniciou-se o estudo através de visitas à Instituição a fim de observar o funcionamento da mesma. No processo de seleção dos participantes, a pesquisadora abordou acompanhantes de adolescentes nas consultas com psiquiatras, sessões de psicoterapia e oficinas terapêuticas, expondo os objetivos da pesquisa, assim como a importância do estudo e posteriormente, convidando-os a participar.

A coleta foi realizada no mês de Junho de 2017 e participaram da pesquisa, aqueles familiares que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente no mesmo dia da abordagem, na Instituição, em uma sala cedida pela coordenação. Apresentou-se o TCLE para que fosse assinado em duas vias, sendo uma via entregue ao participante e outra permaneceu com a pesquisadora responsável. Os aspectos éticos quanto ao sigilo e demais informações foram repassadas e as dúvidas foram sanadas. Em seguida, realizou-se a coleta de dados que teve duração de 40 minutos em média.

Todas as entrevistas foram gravadas e as transcrições seguiram o relato na íntegra, destacando-se no texto a letra M para a fala do participante e letra P para a fala da pesquisadora (APÊNDICE D). Utilizou-se um diário de campo, onde foi registrado todos os acontecimentos durante a pesquisa, incluindo qualquer observação e informação relacionada aos participantes da pesquisa e ao local de estudo.

4.5.2 Análise de Dados

Os dados foram examinados através da Análise de Conteúdo, que se refere a técnicas de pesquisa que possibilitam validar as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e específicos, buscando a interpretação do material de caráter qualitativo (MINAYO, 2014). Para Oliveira (2008), a análise de conteúdo se constitui de técnicas onde se busca descrever o conteúdo emitido no processo de

comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. A técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores permitindo a realização de inferência de conhecimentos, exigindo do pesquisador, disciplina, dedicação, paciência e tempo, fazendo-se necessário a intuição e imaginação na definição das categorias de análise.

Em síntese, nessa perspectiva de análise, compreende-se que o texto transcrito através das entrevistas, sempre implicará em um contexto, ou seja, um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes às concepções explicitadas pelos participantes.

A condução da análise dos dados abrange algumas etapas, a fim de que se possa conferir significação aos dados coletados. Após a transcrição na íntegra dos discursos, a análise foi realizada em três etapas, de acordo com Minayo (2014):

1. Pré-análise, que compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, no intuito de organizar e apreender as principais ideias e os significados gerais. Nesta fase, teve-se contato com o material a ser analisado, conhecendo o contexto e permitindo fluir impressões e orientações. Foram empreendidas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. A constituição do corpus é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, são eles: a exaustividade (esgotamento da totalidade do texto), a homogeneidade (clara separação entre os temas a serem trabalhados), a exclusividade (um mesmo elemento só pode estar em apenas uma categoria), a objetividade (qualquer codificador consegue chegar aos mesmos resultados) e a adequação ou pertinência (adaptação aos objetivos do estudo). Ainda na pré-análise, a pesquisadora procedeu à formulação e reformulação de hipóteses, que caracteriza-se por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos objetivos iniciais. Enfim, na última tarefa da pré-análise, elaborou-se os indicadores que fundamentaram a interpretação final;
2. Exploração do material, onde buscou-se encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala organiza-se. A categorização, consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, onde recorta-se o texto em unidades de registro que podem constituir

palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise;

3. Tratamento dos dados obtidos, onde a pesquisadora realizou a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema. A partir daí, realizou-se interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

4.6 Aspectos Éticos

Foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a qual preconiza, dentre outras exigências, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi apresentado aos sujeitos entrevistados e assinados em duas vias para todos os participantes, sendo uma estando em posse da pesquisadora e outra do participante. Foram esclarecidas dúvidas sobre o estudo e apresentadas informações sobre objetivos, método, benefícios e garantia do sigilo das informações e anonimato da identidade, além da liberdade à desistência em qualquer momento do estudo.

A inserção em campo para observação e coleta de dados foi precedida de encaminhamento e aprovação do Projeto pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís – MA e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas gravadas e transcritas, serão apresentadas no Apêndice D. Os dados extraídos dos relatos foram considerados em relação aos objetivos da pesquisa, sendo agrupados posteriormente em categorias, ou seja, temas recorrentes que expressaram uma significação simbólica do relato. Os resultados serão apresentados inicialmente pela caracterização dos participantes, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

	E1	E2	E3	E4	E5
Idade	35	54	63	63	46
Sexo	F	F	F	F	F
Estado Civil	Casada	União Estável	União Estável	Solteira	Solteira
Escolaridade	Ensino Médio Completo	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo	Ensino Fundamental Incompleto
Parentesco com o usuário do serviço	Mãe	Avó	Avó	Mãe	Mãe
Histórico de adoecimento mental	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Depressão
Número de componentes na família	4	4	7	5	4
Tipo de arranjo familiar	Reconstituída após o divórcio	Extensa	Extensa	Extensa	Monoparental
Renda familiar fixa	2 – 5 salários mínimos	Não possui	Não possui	2 – 5 salários mínimos	Não possui
Ocupação profissional	Não possui	Não possui	Não possui	Autônoma	Autônoma
Religião	Católica	Evangélica	Católica	Católica	Católica

Participaram do estudo, cinco familiares cuidadores de adolescentes que fazem tratamento no CAPSi. Nota-se a predominância da figura materna como cuidadora, onde três participantes são mães e duas são avós que cumprem o papel de mãe. Reis et al. (2012) encontrou dados semelhantes em sua pesquisa, onde através de busca de informações nos prontuários, constatou que o principal responsável pelo cuidado é a mãe, seguido por avós. Dados estes que reforçam o que foi discutido na fundamentação teórica deste trabalho, onde

constatou-se que em boa parte da história da humanidade, a cultura e a tradição tenderam a atribuir, como responsabilidade da mulher, a execução de tarefas e atividades voltadas para o interior do lar. Segundo Rosa (2011), existe uma feminização do encargo de assistir o portador de transtorno mental, já que culturalmente, características como dedicação, mitificação da maternidade e proteção encontram-se diretamente ligados à figura feminina.

Com relação ao tipo de arranjo familiar, as famílias pesquisadas se compunham, de acordo com Kaslow (2001), de três famílias extensas, uma família monoparental e uma família reconstituída após o divórcio. Classificações estas, onde o autor citado denomina que a família extensa seria constituída por três ou mais gerações; a família monoparental seria chefiada por apenas um dos genitores e por fim, como o próprio nome diz, a família reconstituída após o divórcio. Quanto ao estado civil, uma é casada, duas possuem união estável e duas são solteiras. Quanto ao número de componentes da família, a constelação dos grupos familiares de onde vinham os representantes estudados, variavam entre quatro e sete integrantes.

No que se refere a renda familiar, duas famílias possuem renda fixa entre dois e cinco salários mínimos, onde uma dessas os salários referem-se a benefícios previdenciários de componentes da família extensa. As outras três famílias possuem renda média de um salário mínimo. Três participantes encontram-se desempregadas e as outras duas são autônomas.

No tocante à opção religiosa da família, apenas uma delas relatou pertencer a uma religião evangélica e as demais afirmam seguir a religião católica.

Em relação ao grau de escolaridade, apenas duas participantes possuem Ensino Médio Completo, enquanto duas possuem Ensino Fundamental Incompleto e uma possui Ensino Fundamental Completo. A idade das participantes variou de 35 a 63 anos. Em relação ao histórico de adoecimento mental, apenas uma participante apresentou depressão, enquanto os outros não possuem histórico algum.

A seguir, no Quadro 2, apresenta-se a caracterização dos adolescentes que estão em tratamento no CAPSi, os quais seus familiares cuidadores participaram da pesquisa.

Quadro 2 – Caracterização dos adolescentes participantes

	E1	E2	E3	E4	E5
Idade	13	12	12	13	17
Sexo	F	F	F	F	F
Diagnóstico ²	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; Retardo mental moderado	Transtorno depressivo recorrente grave, sem sintomas psicóticos	Transtorno depressivo recorrente leve; Retardo mental moderado	Transtorno afetivo bipolar grave, com sintomas psicóticos	Transtorno de ansiedade generalizada
Tempo de tratamento	2 anos	8 meses	1 ano	7 meses	1 ano
Quem encaminhou ao CAPSi	Psiquiatra privado	Escola	Escola	Escola	Escola

A idade dos adolescentes varia entre 12 e 17 anos e todos são do sexo feminino. Dados que diferenciam dos resultados da pesquisa feita por Delfini et al. (2009), onde existiu a prevalência do sexo masculino. Em relação aos diagnósticos, os dados englobam a presença de transtorno depressivo em dois casos, onde um houve a presença de automutilação e tentativa de suicídio. No caso de Transtorno Bipolar também houve tentativas de suicídio e surgimento de sintomas psicóticos. Além disso, um caso se refere a Transtorno de Ansiedade Generalizada e outro a Transtorno Mental Moderado e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Dados estes que corroboram com as pesquisas já citadas neste trabalho (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015; GAUY, 2016; MOREIRA; BASTOS, 2015; SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010) onde indicam os transtornos de comportamento como os mais comuns nesta faixa etária, e ainda, relatam sobre a grande incidência de suicídio na adolescência nos últimos anos.

Em relação ao encaminhamento em busca dos serviços do CAPSi, houve a predominância da escola como responsável por orientar a família em busca de avaliação para os adolescentes. Assim como concluiu Gauy (2016), um dos sintomas demonstrados pelos adolescentes é a dificuldade de aprendizado na escola, assim como o isolamento social e a evasão escolar. O tempo de tratamento variou entre sete meses e dois anos.

Compreender a experiência dos sujeitos envolveu a escuta e o olhar atento a elementos implícitos e explícitos em seus discursos e gestos ao se comunicarem. A partir dos

² O médico psiquiatra da Instituição diagnóstica de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados para este estudo, após transcrição das entrevistas, foi feita uma estruturação dos dados do texto, buscando padrões de resposta e associações, buscando temas com conteúdos comuns. A partir da leitura exaustiva dos depoimentos, buscou-se identificar as unidades de análise que surgiram a fim de conhecer de forma geral as vivências dos familiares cuidadores. Com base nos objetivos da pesquisa e frequência e relevância do conteúdo registrado, confrontados com a experiência prévia sobre o campo de estudo, obtida através da revisão bibliográfica, foram levantadas as seguintes categorias mais amplas para análise e discussão, que procuraram descrever as vivências de familiares cuidadores de adolescentes em tratamento no CAPSi, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Categorias de Análise

Categoria	Elementos de análise
Mudanças vivenciadas na vida do familiar cuidador advindas a partir do tratamento do adolescente	Mudanças na rotina diária
	Abandono das atividades profissionais
	Dificuldades financeiras
Vivências emocionais	Incompreensão do quadro clínico
	Sentimento de culpa
	Sentimento de tristeza
	Sentimento de irritabilidade / impaciência
	Sentimento de impotência
	Superproteção
	Dificuldade de aceitação do diagnóstico
	Medo sobre as perspectivas futuras
	Falta de apoio e compreensão dos outros familiares que convivem com o adolescente
Entendimento sobre o papel do familiar cuidador diante do tratamento do adolescente	Poucas informações sobre o diagnóstico e tratamento
	Falta de conhecimento sobre a atuação da família no tratamento
	Percepção de que apenas o CAPSi é responsável pelo tratamento
	Participação nas atividades oferecidas pelo CAPSi

Mudanças vivenciadas na vida do familiar cuidador advindas a partir do tratamento do adolescente

Nesta categoria, discute-se sobre as implicações que o transtorno mental e comportamental traz para aquele que cuida do adolescente, considerando os cuidados diários relacionados ao tratamento. Segundo Rosa (2011), o impacto do transtorno mental na família acarreta mudanças emocionais, econômicas e sociais para todos e sobrecarga para o cuidador.

Na teoria de campo proposta por Lewin, o comportamento deixa de ser entendido como resultante apenas da realidade interna do indivíduo e passa a ser considerado em função do campo existente no momento em que ocorre. O campo seria tudo que afeta o comportamento em um determinado momento, incluindo a realidade física e psicológica (LEWIN, 1973). Nesta perspectiva, portanto, para analisar as vivências do familiar cuidador em relação ao transtorno mental do adolescente, é necessário considerar a situação total, que engloba o indivíduo e o ambiente.

A dificuldade trazida pela convivência é marcada por uma série de exigências, que vão desde acompanhar e monitorar o paciente durante todo o tempo, auxiliar na higiene e alimentação, administrar medicamentos, acompanhar o usuário nas consultas e terapias, intervir em comportamentos não adequados, controle dos horários das atividades rotineiras, até tranquilizar o paciente em momentos de crise. Este cuidado intenso resulta em sobrecarga emocional, social e financeira para os familiares, onde todos se reorganizam para conviver com o adoecimento mental. Pimenta (2008) afirma que as atividades corriqueiras relacionadas à higiene pessoal, alimentação, ajudas para se vestir e saídas de casa tornam-se mais intensas no momento de crise do paciente, onde o familiar cuidador necessita oferecer mais atenção e cuidado. Os discursos a seguir mostram o quanto o cotidiano dos mesmos a afetou devido à presença de um membro da família com adoecimento mental:

Eu tenho que fazer comida, lavar roupa e ao mesmo tempo, olhar a filha bebê e tá brigando com a outra que não fica quieta. E além das coisas de casa, ainda tem o tratamento da R. né? Tenho que levar em consulta, levo na escola, busco, tem que trazer aqui, tem que ver o horário do remédio, é trabalho demais. (E1)

Não posso mais nem sair de casa, sabe? Antes eu saía para trabalhar, lavar roupa, cozinhar e hoje não posso mais. O fato dela ter tentado se matar me deixou desesperada, nunca imaginei e por isso, não deixo ela sozinha de jeito nenhum com medo de fazer de novo (...) Praticamente cuidar da casa e cuidar dela. Eu estou fazendo as coisas de casa mas sempre de olho nela, com medo. Vivo assustada, tô sempre chamando ela e perguntando se ela

quer alguma coisa. E não saio mais pra lugar nenhum porque não posso deixar ela sozinha e não tenho com quem deixar. (E2)

Hoje em dia eu só cuido da casa e lido com essa menina, só isso. Às vezes no fim de semana eu gosto de ir na igreja, mas nem sempre dá certo porque não tem quem fique. (E3)

Eu acordo cedo, faço o café da manhã e acordo ela para ir para a escola. Depois vou deixar ela e volto para fazer o almoço e trabalhar, porque eu costuro em casa... e depois vou buscar. A tarde levo ou para a terapia ou para o judô e fico logo esperando. E a noite a gente assiste tv enquanto o sono vem. Ainda tem as outras coisas de casa que faço ou bem cedo ou depois que ela dorme. Enquanto ela tá acordada eu tô ali com ela sempre de olho. É muita correria. Hoje tudo é em função dela (...) Não tenho nem tempo de me cuidar direito, nem de fazer as coisas que eu gostava. (E4)

Eu tenho ela e mais 1 filho de 15 anos, então eu cuido da casa e deles. Principalmente dela, porque tem q ver os horários dos remédios, se ela some um pouco vou atrás pra ver se não tá passando mal, é um trabalho a mais, pense. (E5)

Tais dados corroboram com as pesquisas de Gonçalves e Luís (2010), Kebbe et al. (2014) e Latanza (2016), onde identificou-se que o sofrimento dos cuidadores se intensificam frente à impossibilidade de receberem ajuda de outros familiares e, ao se debruçarem sobre os cuidados com o adolescente, passam a cuidar precariamente de si mesmos, afastando-se do trabalho e do convívio social. Fato que os torna alvos de atenção também dos serviços de saúde mental devido ao excesso de sobrecarga física, ao cansaço diante do acúmulo de atividades a serem realizadas diariamente; sobrecarga psicológica, traduzida como aquela que implica renúncia da vida pessoal devido à responsabilidade e preocupações diante da vida do adolescente com transtorno mental.

Cavalheri (2010), afirma que os processos de mudança nos serviços de saúde mental não produziram a preparação necessária para os familiares de pessoas em sofrimento psíquico, o que acarreta em sentimento de desamparo nestas famílias que experienciam a presença do transtorno mental de forma integral e intensa.

Outra constatação obtida através dos dados, foi a de que os papéis que cada familiar cuidador possuía na família, ficaram confusos após o adoecimento mental do adolescente, já que com a necessidade da atenção maior em relação ao tratamento, não existe a possibilidade de executar as tarefas cotidianas de antes e estas, precisam ser feitas por outras pessoas:

(...)tenho outros netos para cuidar e como preciso dar mais atenção para ela, as vezes tenho que deixar os outros com vizinhos ou parentes. (E2)

Outro fator relevante observado foi que além da reorganização de papéis, é comum a reorganização na rotina doméstica, a fim de oferecer proteção ao adolescente, como cita E2 e E4:

(...)não deixo facas e tesouras próximo dela, tenho sempre esse cuidado, hoje tudo é escondido. Até evito entrar em contato com faca enquanto ela tá em casa.

Eu dormia junto com ela com medo, tinha que esconder tudo que representava perigo pra ela.

Em relação ao aspecto econômico, os dados obtidos indicam que a presença do adolescente com transtorno mental na família, traz prejuízos à situação econômica da mesma, devido ao custo direcionado para o tratamento. Segundo Rosa (2011), algumas pesquisas sobre família e saúde mental tem apontado que a pessoa com transtorno mental é vista como importante apoio na composição da renda do grupo familiar e às vezes é a única fonte de renda quando recebe algum benefício previdenciário. No entanto, quando inexistente este benefício, o mesmo tende a ser visto como um peso a mais para a família, sobretudo no aspecto financeiro. Dentre os participantes deste estudo, nenhum possui benefício e os aspectos financeiros foram citados como uma das dificuldades existentes:

Eu vou até conversar com a médica para me dar um laudo para ver se consigo um benefício para colocar ela numa escola específica. Aqui em São Luís tem uma escola que é muito cara e atende os casos dela. Eu tô pedindo a Deus que dê certo porque é uma esperança. Ela fez uma avaliação e foi chamada, mas não temos o dinheiro necessário para pagar. (E1)

(...) moro muito longe, fica difícil vim por causa do transporte, do dinheiro, sabe como é né? A gente não tem muito dinheiro aqui não, é tudo contadinho. Ai ela acaba faltando muito por isso... (E3)

(...) já sofri muito por causa de dinheiro porque os remédios são caros e não tinha condição para comprar. Hoje ela recebe aqui, mas as vezes falta e compro. (E4)

Matsukura et al. (2007) pontuam em sua pesquisa que as dificuldades financeiras e precariedade nas condições de vida, afetam a percepção de estresse de mães de crianças com transtorno mental. A escassez financeira delimita as possibilidades de acesso às outras redes e serviços que poderiam ser utilizados pelas crianças, adolescentes ou pela família.

Outro aspecto identificado entre as participantes, foi a necessidade do abandono das atividades profissionais dentre aquelas que as exerciam, devido à condição de ser cuidadora do adolescente e não conseguir adaptar o trabalho à nova rotina do tratamento. Durante os relatos, as falas eram acompanhadas por expressões de frustração e tristeza.

Eu tive que ficar sem trabalhar pra poder cuidar das filhas e isso é mais uma coisa que me deixa para baixo, junta tudo e fico sem vontade de nada. (E1)

Eu sempre trabalhei, mas depois que ela adoeceu eu tive que deixar porque não tem como ela ficar sozinha em casa assim, acho que ela pode piorar. Eu sinto muita saudade sabe? É bom ter o dinheirinho da gente, sem falar que fazia amizades, gosto demais de trabalhar. Mas no momento não tem condições. (E2)

Antes trabalhava a semana toda, mas agora não tem como, porque tenho que ficar de olho nela. É difícil porque agora tô mais apertada sabe? Mas vamos vivendo. (E5)

Os participantes expuseram dificuldades relacionadas ao modo de cuidar, de entender e de conviver com o adolescente. Estes dados confirmam os resultados de diferentes estudos sobre familiares de pessoas com sofrimento psíquico, onde os familiares cuidadores vivem a sobrecarga do cuidado, abdicando de outros aspectos relevantes de suas vidas como trabalho, relações sociais e cuidado consigo próprio (BORBA; SCHWARTZ; KATORSKI, 2008; CAVALHERI, 2010; MARINI et al., 2010).

Em estudo realizado por Pegoraro e Caldana (2008), indicou-se que familiares cuidadores possuem a possibilidade de apresentar sofrimento mental devido à sobrecarga familiar imposta pelo cuidado à pessoa com transtorno mental, indicando a necessidade dos mesmos de atenção dos serviços de saúde mental como suporte para enfrentamento das dificuldades. Pereira e Pereira Jr. (2003), analisaram as dificuldades vivenciadas pelos familiares no cotidiano vivencial com a pessoa com transtorno mental e identificaram encargos objetivos e subjetivos referente à sobrecarga familiar. Dentre os encargos objetivos, encontram-se as dificuldades financeiras, tempo utilizado para o cuidado e redução do tempo para lazer e dedicação a outras atividades; e os encargos subjetivos referem-se ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimento de culpa, vergonha, desorientação quanto às informações necessárias e isolamento social. Dados que corroboram com os resultados alcançados neste estudo.

Vivências Emocionais

Nesta categoria, discute-se sobre os dados obtidos na pesquisa em relação aos aspectos emocionais identificados nos familiares cuidadores, onde os participantes relatam sobre seus impasses, enfrentamentos, angústias e fragilidades diante do convívio cotidiano com a situação.

Os relatos obtidos demonstram a dificuldade dos familiares em aceitar o diagnóstico dado, sendo comum a negação e revolta no primeiro momento. Segundo Rosa (2011), devido a estigmatização do transtorno mental, os familiares utilizam a negação dos sintomas como forma de defesa, considerando a priori, as alterações comportamentais como fato corriqueiro e somente com a intensificação dos sintomas, buscam ajuda profissional. Os relatos abaixo exemplificam o que foi citado:

Na verdade, com 3 anos quando ela entrou na escola, um professor me disse que ela tinha muita dificuldade na coordenação motora, não conseguia segurar o lápis direito. Só que eu achava absurdo, não aceitava que falassem isso de uma criança que só tinha 3 anos de idade e nunca dei importância, fiquei até chateada com o professor. Só com 6 anos eu vi que realmente tinha alguma coisa de errado e fui fazer os exames e quando levei para o médico olhar... (E1)

(...)até que a escola nos chamou para falar sobre o comportamento dela, que estava triste, isolada, não participava mais das atividades, não falava com ninguém (...)Eu e a mãe dela ficamos sem querer acreditar e quando fomos perceber, ela estava toda cortada nos braços e pernas, depois chegamos a olhar o diário dela e lá tinha dizendo que queria se matar, que ia se jogar de uma laje, um monte de coisas. Ela só falava em coisa ruim, que não era feliz, que não tinha mais porque viver, que ninguém gostava dela, que não tinha amigos, essas coisas. Só depois que lemos tudo isso que resolvemos levar em um médico psiquiatra do SUS (...) (E2)

Ela demorou muito para andar, falar, não saber ler nem escrever, só que eu nunca tinha pensado em procurar o médico, achava que era falta de interesses mesmo na escola. (E3)

Os relatos acima apontam a dificuldade apresentada pelos familiares em aceitar a condição de sofrimento psíquico apresentada pelo adolescente, resistindo à aceitação dos sintomas apresentados. Tal dificuldade é apontada por Melman (2008) devido à expectativa existente de possuírem membros familiares saudáveis, capazes de entrar no mercado de trabalho e conviverem ativamente na sociedade. Diante do diagnóstico, sentimentos de insegurança e incapacidade para ajudar, permeiam os familiares. Segundo Pimenta (2008), na negação dos sintomas a princípio, existe a esperança de que o transtorno se resolva por si só e não seja necessário buscar tratamento. Além disso, existe a angústia e temor de que o estigma da doença mental recaia sobre toda a família.

Constatou-se que a dificuldade em obter provas concretas – exames físicos e clínicos – que comprovem a existência da doença mental e suas repercussões na vida do adolescente se configura como elemento impeditivo na aceitação do diagnóstico, assim como afirma E1:

Mas de forma geral, ainda é difícil pra mim porque quem olha não diz que ela tem alguma coisa, ela é linda e fica mais difícil de aceitar porque quando tem algo físico acho q é mais fácil porque você olha e vê que realmente tem algum problema ali. Eu olho para minha filha e fico triste, sinto pena.

Campelo, Costa e Colvero (2014) afirma que o desconhecimento dos familiares e dos profissionais sobre os problemas de saúde mental que podem ser desenvolvidos na infância e adolescência corrobora para a dificuldade de se reconhecer sinais e sintomas que possam indicar algum transtorno mental. De acordo com a autora, esta dificuldade, assim como a presença de estigmas relacionados à doença mental e seu tratamento repercutem na demora em se buscar os serviços de saúde. É importante ressaltar que o fato dos adolescentes ainda estarem em processo de formação e amadurecimento biológico, exige maior cautela e atenção para o estabelecimento de diagnósticos.

As dificuldades existentes relacionam-se ainda ao estigma social que acompanha a doença mental, associando ao preconceito, vergonha e medo. A família diante da complexidade da situação, precisa aprender a lidar com a ilusão de periculosidade e incapacidade que são associados ao transtorno mental, evitando os próprios preconceitos e os da sociedade (SCHRANK, 2006). O estigma representa uma “marca” estabelecida socialmente para categorizar e registrar elementos considerados negativos ao convívio com a coletividade e os transtornos mentais estão cercados deles. Assim como instituições como o CAPSi que são vistas pelo senso comum como lugar onde convivem pessoas “loucas” que recebem tratamento para suas “loucuras” (FARIAS, 2016). O relato abaixo exemplifica o que foi citado:

Eu não sei se era vergonha, mas ficava pensando o que os vizinhos iam dizer depois que soubessem que minha filha tava fazendo tratamento no CAPSi. O povo tem preconceito demais e sei que minha filha sofre por isso. Tem muitos comentários maldosos por aí. É triste demais... e eu sem poder fazer nada pra ajudar. Eu faço de tudo para as pessoas não saberem que ela vem pra cá, quero proteger minha filha disso tudo. (E4)

Dentre os sentimentos vivenciados pelos familiares cuidadores, a culpa surgiu como um fator preponderante nos discursos, onde em dois casos, a culpa refere-se ao surgimento do transtorno mental, onde os familiares acreditam que poderiam ter feito algo para evitar e no outro caso, a familiar se culpa por não saber como lidar com as alterações comportamentais da adolescente, julgando suas próprias atitudes:

Às vezes penso que talvez não demos muita atenção pra ela quando o irmão morreu porque todos estavam sofrendo também. Só que ela era muito apegada a ele e ainda conhecia o rapaz que matou. Acho que pra ela foi bem pior e não percebemos. (E2)

Sabe uma coisa que você nunca poderia imaginar? Eu fiquei sem chão, sem direção (pausa devido a emoção). Minha filha sofrendo abuso dentro da minha própria casa? Eu não consigo perdoar isso. É algo que me faz sofrer muito e me apego muito a Deus por isso, fico pensando se poderia ter feito algo para evitar. Queria não me sentir culpada, mas sinto. Mãe é assim mesmo, a gente acha que tudo que acontece com os filhos é responsabilidade nossa. (E4)

(...) foi muito difícil porque mãe nenhuma está preparada para isso, mas hoje o que sinto é mais proteção, ela não toma banho sozinha, por exemplo, eu sempre vou ajudar. Não consegue pentear o cabelo direito, aí na pressa eu mesma vou lá e faço. Eu sei que preciso estimular mais, só que na pressa do dia a dia eu não tenho paciência. Às vezes grito com ela e me arrependo. (E1)

As pesquisas já citadas neste trabalho, de Navarini e Hirdes (2008) e Pimenta (2008), também apontam em seus resultados o sentimento de culpa dos familiares diante do adoecimento mental de seus membros familiares adolescentes, encarando o diagnóstico como fracasso familiar, questionando-se o momento em que errou ou falhou ou ainda, o porquê de não ter percebido antes. A sensação de responsabilidade pelo adoecimento do adolescente vem acompanhada do sentimento de tristeza, busca por explicações e sensação de impotência diante do sofrimento do outro. Melman (2008), afirma que o adoecimento mental de uma pessoa abala de forma intensa, a autoestima dos pais / responsáveis, onde o adoecimento mental pode representar uma falha do sistema familiar, que não conduziu com sucesso a missão de formar seus membros. Os relatos abaixo retratam o que foi exposto:

Fico me perguntando o que eu fiz pra ela querer morrer assim, como seria minha vida sem ela? Acho que não iria aguentar, choro demais. Fico pensando isso quase todos os dias, me imaginando sem ela. [...] Sinto angústia o tempo inteiro, choro muito, fico remoendo tudo que já aconteceu até aqui, fico tentando entender, buscando explicações, mas tem coisas que só Deus mesmo. Do jeito que lhe disse mesmo, eu busco respostas mas não encontro e isso me faz mal. Vejo ela tomando esse monte de remédios sabendo que não tem cura e fico péssima. (E4)

Me sinto muito triste, ficava muito mal quando ela tinha as crises e eu não podia fazer nada. Eu dizia pra ela controlar, que era coisa da cabeça dela, mas não adiantava [...] quando paro para pensar não tem como não ficar triste porque ela sofre com isso e eu acabo sofrendo também por ver ela assim e não poder ajudar. (E5)

A incompreensão das alterações comportamentais e emocionais apresentadas pelos adolescentes nos momentos de crise foi identificada como algo que traz sofrimento ao familiar cuidador devido à dificuldade para lidar com a situação e falta de estrutura emocional, o que pode acarretar sentimentos de irritabilidade, impaciência e agressividade.

[...]é difícil lidar com essas mudanças de comportamento todos os dias. Porque além disso tem os problemas normais que todo mundo tem, então as vezes eu perco a paciência mesmo e bato logo, mas depois me arrependo e choro. Às vezes acho que eu preciso de ajuda também para saber como me controlar. (E1)

Não sei lidar com esse comportamento dela agressivo de gritar muito, responder todo mundo. Não tenho paciência. Queria que ela fosse como os outros que seria mais fácil. Eu sei que não ajudo muito tratando ela assim, gritando também, batendo, mas é muita coisa pra eu dar conta sozinha e para lidar com ela só se tiver muita paciência mesmo e não tenho de jeito nenhum. (E3)

De acordo com Fávero e Santos (2005), o estresse representa uma resposta psicológica frequente nos familiares que experienciam situações de mudança nas atividades diárias e nos papéis sociais de seus membros. Adiante se explorará como o acolhimento de uma criança, ou adolescente, pode repercutir em alterações na dinâmica das inter-relações familiares e nas vivências pessoais do familiar cuidador.

Outro fator observado nos dados obtidos, foi a preocupação e medo existente em relação ao preconceito da sociedade diante do fato do adolescente estar inserido em um tratamento psiquiátrico com uso de psicotrópicos e o fato se configurar como agravante dos sintomas e quadro clínico.

[...]ela sofre muito pelos apelidos que recebe dos primos e depois disso eu conversei com eles, tudo para tentar ajudar ela. Esse preconceito atrapalha mais ainda e esses adolescentes não entendem, gostam de zoar com coisa séria. (E2)

Uma vez vi uns meninos perguntando se ela já tinha tomado o remédio controlado dela, com deboche sabe? Ela ficou envergonhada e muito zangada, queria bater neles. Queria muito proteger minha filha de tudo isso, mas não tem como porque o preconceito está em toda parte. (E4)

Além disso, os familiares cuidadores relatam o medo e preocupação diante do futuro e ainda, em relação a possíveis recaídas que o paciente possa apresentar, assim como identificou Santos (2005) em sua pesquisa, presença de medo, desamparo, insegurança e frustração.

Notou-se que a responsabilidade pelo adolescente em tratamento, parece ficar centrada em uma pessoa, não existindo divisão de tarefas entre os outros familiares, o que reforça o sentimento de solidão por parte dos cuidadores além de conflitos familiares. Em alguns casos, a divisão não existe devido a reorganização de papéis que ocorreu de forma necessária, onde o cuidador abandonou suas atividades profissionais em prol dos cuidados com o tratamento e assim, os outros familiares possuem a função de conquistar a renda familiar. Em uma família, a ajuda ao familiar cuidador não ocorre devido à falta de estrutura emocional para lidar com a situação:

“(...) tudo sou eu, tem dias que minha vontade é ir embora. Minha filha sabe que tenho outros netos para cuidar, mas ela não tem paciência e começa logo a chorar.” (E3)

Na sua maioria, os familiares cuidadores sentem-se sós para enfrentar os problemas e parecem necessitar de informações quanto ao modo de agir frente a eles, ficando desamparadas, quando aparecem os sintomas. Assim, a família constitui um importante lugar para o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico, mas o convívio com ele caracteriza-se como um problema para os familiares no sentido de desencadear desgaste, tensões e conflitos. Situações estas que acontecem devido ao fato de a família parecer estar despreparada para lidar com o transtorno mental (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Os dados alcançados em relação às vivências emocionais do familiar cuidador diante do tratamento do adolescente com transtorno mental, corroboram com os resultados obtidos no estudo de Latanza (2016), onde constatou que são comuns sentimentos de angústia e tristeza por vivenciar o dia a dia do adolescente; medo e ansiedade em relação ao futuro do adolescente; raiva devido à sobrecarga vivenciada; culpa e impotência, pela concepção de não conseguir ajudar e, solidão diante da falta de apoio dos outros familiares.

Segundo Melman (2008), não existe um padrão único de familiar, pois cada um vivencia a experiência de acordo com sua singularidade e história de vida, e o impacto emocional que o transtorno mental acarreta varia de acordo com a especificidade de cada família. De forma geral, o estresse, a instabilidade, a insegurança e os conflitos frequentes, fazem parte do cotidiano dos familiares cuidadores de adolescentes com transtorno mental e sentimentos como tristeza, preocupação e culpa se mostraram comuns nos discursos analisados.

Percebeu-se que o estoque de conhecimento à mão dos familiares sobre o transtorno mental e seu tratamento, não oferece subsídios suficientes para lidar de forma adequada com o adolescente, dificultando o relacionamento com o mesmo, com os outros familiares e com a sociedade.

Diante da existência de um sofrimento familiar na convivência com o sujeito com diagnóstico de transtorno mental, decorrente das implicações desse na dinâmica das inter-relações dos membros, torna-se necessário que ocorram transformações nos modos de conceber esses sujeitos (pessoa com transtorno mental e família) e a responsabilização do Estado pelo cuidado dos mesmos. Os conflitos vivenciados pelo familiar cuidador se apresentam nas constantes dificuldades encontradas por esse nos diversos serviços assistenciais (educação, transporte, saúde, assistência social etc.), que se somam ao preconceito resultante dos estereótipos ainda existentes relacionados à doença mental. Nesse sentido, representando a desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, a construção de novas práticas de cuidado voltadas para um compromisso ético-político com o sujeito com diagnóstico de transtorno mental, na medida em que visa romper com a estigmatização, a exclusão e a violência contra esses sujeitos, também deveria abranger os familiares desses indivíduos, pois esses também se encontram expostos às situações citadas e são apontados, nesse novo modelo, como aqueles responsáveis cotidianamente pelos cuidados com o familiar “adoecido” (GONÇALVES; SENA, 2001).

Entendimento sobre o Papel do Familiar Cuidador diante do Tratamento do Adolescente

O movimento da Reforma Psiquiátrica, que propôs a realocização da pessoa em sofrimento psíquico frente a sociedade a retirar seus cuidados do manicômio, foi propositivo também em inverter o papel da família nessa relação entre cuidado com a pessoa adoecida e pactuação com os serviços de atenção à saúde mental. Com os adventos do serviço substitutivo, a família passa a ser também agente de cuidado e não mais espectador de ações que eram dirigidas ao ente adoecido. Os serviços substitutos, ficam igualmente responsabilizados por oferecer acolhimento e apoio aos familiares que se dotam da tarefa de cuidar de pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2013a). Assim, este tópico objetiva discutir sobre as percepções identificadas nos participantes sobre seu papel enquanto familiar cuidador diante do tratamento do adolescente e ainda, sobre a percepção do tratamento no CAPSi.

Nos casos analisados, houve predominância da escola enquanto ponto de partida pela busca ao tratamento, devido às alterações comportamentais apresentadas no ambiente escolar e ainda, a dificuldade de aprendizado e de relacionamento interpessoal, que evidencia que a escola cumpre seu papel na construção e percepção do adolescente como um ser biopsicossocial. Cabe ressaltar que as famílias não tinham conhecimento sobre o serviço oferecido no CAPSi, buscando os atendimentos a priori no posto de saúde da atenção básica, o que comprova que a realidade de assistência à saúde mental da criança e adolescente é algo recente e reduzida em termos de serviços especializados. Como já foi citado neste trabalho, Brasil (2005b) afirma que a atenção à saúde mental infantojuvenil ocorreu de forma tardia e durante muito tempo, o tratamento ocorreu de maneira errônea e inadequada. No entanto, percebeu-se através dos dados coletados, que existe a operacionalização da rede de saúde mental através dos encaminhamentos dos setores de saúde e educação, como direciona as políticas públicas de saúde mental (BRASIL, 2003; BRASIL 2005b), assim como mostra os relatos abaixo:

(...)resolvemos levar em um médico do SUS e ele encaminhou para cá, dizendo que ela tem depressão grave e aqui é o lugar para ela melhorar porque trata esses casos. (E2)

A diretora pediu pra eu marcar uma consulta com psiquiatra pra ver se seria alguma coisa e indicou o CAPSi. (E3)

No Nina Rodrigues ela ficou novamente por três dias e explicaram que aqui no CAPSi tinha o tratamento que ela precisava e viemos atrás com o encaminhamento de lá (...) (E4)

Diante da angústia do familiar cuidador em relação ao diagnóstico oferecido, o CAPSi passa a ser visto como a esperança para melhora do quadro. A crença em uma cura ou melhora significativa dos sintomas apresentados pelas crianças representa a principal motivação dos familiares para buscar ajuda no CAPS Infantil (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013). Os relatos abaixo confirmam tal afirmação:

Tenho fé que aqui ela vai ficar boa. (E2)

E vim com muita fé que aqui vão ajudar minha filha a ter uma vida normal porque as coisas que as pessoas da idade dela fazem, ela não faz. (E4)

No entanto, os relatos dos participantes indicam que a maioria não possui conhecimento satisfatório sobre o diagnóstico, sintomas e tratamento:

Não (*ao ser perguntada sobre o conhecimento sobre o diagnóstico*), só disseram mesmo que é grave e que precisa tomar remédio e vim pra cá direto pra ficar boa. E assim eu tô fazendo, porque quero que minha neta melhore o mais rápido possível. (E2)

Eu via ela chorando pelos cantos lá em casa e dizendo que queria morrer, mas como sempre ela faz isso depois que bato nela, achei que era para chamar atenção mesmo. Mas o médico disse que depressão é doença, então tá. No meu tempo não tinha essas coisas, a gente começava a trabalhar era cedo e não tinha nem tempo para sentir isso tudo. (E3)

Não entendo muito bem não, mas eu já li algumas coisas. Sei que a pessoa muda muito de humor, uma hora tá agitada e outra tá pra baixo e assim que ela ficava mesmo. E quando tava agitada era muito agressiva, eu ficava em pânico. Aqui só me falaram mesmo que ela tinha esse problema e que precisava do tratamento direitinho, que os remédios e as terapias com psicólogo e terapeuta ocupacional iam ajudar ela a melhorar com o tempo. (E4)

Não entendo muito bem não, mas sei que é quando a pessoa tem muito nervosismo e medo, tipo ela tem. Eu fiquei meio sem querer acreditar no começo, porque achava que dava pra ela melhorar sozinha, ocupando a cabeça.

Reconhecendo a necessidade de estabelecerem espaços para a participação dos familiares nos serviços de saúde mental, o grupo de família há alguns anos vem integrando o conjunto de ações terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil. Esta atividade é concebida como um espaço institucional de cuidado direcionado para o familiar, voltando-se para a acolhida e o diálogo com esse sujeito a fim de lhe promover orientações e torná-lo consciente e crítico da realidade. (CAMPELO, 2014). No CAPSi onde a pesquisa foi realizada, os grupos familiares são denominados de “terapia familiar” e ocorre uma vez por semana em dois turnos, em horário concomitante aos grupos de crianças e adolescentes, facilitado por uma psicopedagoga, com livre participação dos familiares presentes no dia.

Para Fávero e Santos (2005), o acesso a suporte social através de aconselhamentos, orientações e apoio assume caráter de suma importância para o modo como os familiares enfrentarão os elementos estressores decorrentes das mudanças na dinâmica familiar após o adoecimento. Os autores destacam ainda que a aceitação do transtorno mental do filho auxilia esses familiares no reconhecimento das potencialidades desse e na tomada de responsabilidade ativa como cuidadores. O grupo de família, ao propor uma aproximação entre os diferentes familiares, que constituem o universo do público atendido, e os profissionais, constitui-se em um espaço com grande potencial para o desenvolvimento de

relações de suporte e apoio social tanto entre os participantes (autoajuda), quanto desses com os facilitadores.

Em relação aos familiares cuidadores participantes da pesquisa, apenas uma participante afirmou participar frequentemente dos grupos, ressaltando a satisfação em poder contar com o apoio emocional e espaço para orientações e direcionamentos sobre o tratamento do transtorno mental do adolescente. Outras duas participantes relataram não participar devido à indisponibilidade de tempo ocasionada pelo acúmulo de tarefas rotineiras diárias e falta de ajuda de outros membros da família. Já as outras duas colaboradoras da pesquisa afirmaram não ter conhecimento sobre a existência de atividades para a família. Segue relatos abaixo:

Eu faço terapia familiar que me ajuda muito. Eu tenho orientações sobre como lidar com ela, tiro minhas dúvidas e é um espaço que eu tenho para desabafar, porque tem horas que é difícil vivenciar isso todo dia. (E4)

Tem a terapia familiar aqui, mas só vim 1 vez (risos). Viu como tô em falta? Eles até que chamam, mas eu nunca tenho tempo e na verdade, nem vontade mesmo. Eu tive que ficar sem trabalhar pra poder cuidar das filhas e isso é mais uma coisa que me deixa para baixo, junta tudo e fico sem vontade de nada. Fora o cansaço mesmo e a falta de tempo por causa da minha filha menor. (E1)

Não tenho tempo de vim. No início a mãe dela veio algumas vezes mas parou por causa do trabalho. Não posso vim porque não tem quem faça as coisas em casa e também tem as outras crianças que moram comigo, que não tenho com quem deixar. (E3)

Nunca me chamaram para nenhuma atividade. Só me chamam para conversar sobre ela as vezes para saber como ela tá em casa, como ela se comporta aqui, essas coisas. (E2)

Não, nunca participei. Nunca me chamaram não. (E5)

Os dados identificaram que apesar dos familiares cuidadores sentirem necessidade de um espaço de acolhimento que ofereça escuta e diálogo, a sobrecarga existente em relação aos cuidados com o adolescente se configura como empecilho para a participação ativa nas atividades.

[...] é difícil lidar com essas mudanças de comportamento todos os dias. Porque além disso tem os problemas normais que todo mundo tem, então as vezes eu perco a paciência mesmo. Às vezes acho que eu preciso de ajuda também para saber como me controlar, só que fica difícil nessa correria. (E1)

Seria bom se tivesse algo pra gente né? Não é fácil cuidar de gente com depressão. Eu mesma tem dias que parece que não vou aguentar. Eu via ela chorando e não sabia o que fazer, dava vontade de chorar também. Tem dias

que nem durmo pensando, no início parecia um pesadelo o que a gente viveu. (E2)

As narrativas citadas acima demonstram o sofrimento psíquico vivenciado pelos familiares cuidadores diante do ato de cuidar de um adolescente com transtorno mental. Além disso, as falas remetem à um pedido de ajuda, indicando a necessidade existente de um suporte emocional que possibilite maior autonomia diante das atividades relacionadas ao tratamento e ainda, melhor bem estar e saúde emocional.

Sobre a participação de familiares nas atividades oferecidas pelo CAPSi, Taño (2013) em sua pesquisa constatou que os familiares denotam uma permanência ainda difusa e pouco sistematizada no serviço, onde apesar de reconhecerem a importância dos grupos de família enquanto possibilidade de contato com outros familiares, troca de experiência, possibilidade de receber suporte emocional e receber orientações. Ao mesmo tempo, afirmam a necessidade de ter mais contato com os profissionais para receberem informações sobre o tratamento oferecido ao seu familiar adoecido. A autora conclui que apesar de possuir as atividades disponíveis, os familiares ainda não são reconhecidos como parceiros de cuidado. Neste mesmo estudo, investigou-se sobre as ações dos técnicos em relação aos familiares e identificou-se poucas intervenções.

Em estudo semelhante, Farias (2016), identificou que há divergências sobre a satisfação dos familiares em relação aos grupos de família, onde alguns os caracterizam como espaço de acolhimento e troca de experiências e outros afirmam não se sentirem satisfeitos com os objetivos propostos no grupo. A autora sugere como hipótese que a insatisfação pode estar carregada de medo ou resistência pessoal em participar de um serviço de saúde mental.

Em relação ao papel do familiar cuidador no tratamento do adolescente, apenas uma participante afirmou não saber qual seria sua função, indicando o CAPSi como o responsável pelo tratamento. Os outros familiares cuidadores apresentaram discursos diversos sobre seu papel no processo de tratamento, envolvendo a administração de medicamentos, o apoio emocional através de carinho e atenção, monitorarem o comportamento dos adolescentes, levar às consultas e ter paciência e compreensão. Os relatos a seguir referem-se às respostas das participantes ao serem indagadas sobre seu papel no tratamento do adolescente:

Aqui no CAPSi eu estou em falta, sabe? Agora que estou tentando não faltar em nada. Mas na escola eu estou sempre presente em tudo, faço questão de saber de tudo. Mas o que eu vejo é que tenho que mudar em relação a minha paciência para poder ajudar no tratamento dela, né? Minha paciência é muito

curta, eu grito muito com ela. E acho que devo participar mais aqui no CAPSi. Em casa, eu estou sempre tentando estimular com conversas, brincadeiras, vídeos. Eu quero ajuda daqui, mas sei que isso depende de mim também porque não busco muito estar presente com a equipe, estou distante. (E1)

Principalmente ter muita paciência, dar carinho e atenção, saber como falar as coisas, como chamar atenção, levar para sair de casa um pouco. Quando o pai dela promete uma coisa e não faz, ela fica péssima, triste e chorando. Essa semana mesmo ele prometeu de levar no cinema e não apareceu, ela se trancou e chorou o dia todo. Eu já fiquei preocupada e no outro dia levei no shopping para passear, até comprei uma roupinha pra ela e percebi que ela melhorou, ficou mais animadinha. Ai eu tento dar muita atenção. E isso de certa forma me atrapalha, porque tenho outros netos para cuidar e como preciso dar mais atenção para ela, as vezes tenho que deixar os outros com vizinhos ou parentes. Só que no momento, ela é a que mais precisa né? Faço de tudo pra ela não ficar mais triste ainda e acho que isso ajuda. (E2)

Dar o remédio e trazer para as consultas né? Não deixar faltar remédio senão ela entra em crise. (E3)

No meu caso, tudo sou eu. Vivo em função do tratamento dela, cuido, vigio, não faço mais nada por mim, só por ela. Não tenho nem tempo de me cuidar direito, nem de fazer as coisas que eu gostava. Eu levo na escola, trago para as terapias, tenho cuidado para dar o remédio na hora certa e não faltar, levo para aula de judô porque a coordenação motora dela estava prejudicada por conta dos medicamentos, enfim, tudo para ela melhorar. Até porque se deixar por conta própria ela não vai fazer nada, até pela idade mesmo, que só tem 13 anos. Então acho que a família tem que fazer isso, porque essas pessoas assim precisam de ajuda, tem que ter paciência e carinho. (E4)

Na verdade, eu não sei bem. Acho que o tratamento depende dos profissionais daqui e eu como mãe busquei a ajuda. Mas o que eu poderia fazer para ajudar assim, eu não sei dizer e nunca me disseram também. (risos) Só que o que eu posso fazer, eu faço. (E5)

Os dados revelam que os familiares cuidadores não possuem clareza sobre como poderiam ajudar no tratamento do adolescente e que cada um, ajuda da maneira que acredita ser adequada. O fator presente no discurso de todas as participantes foi a preocupação excessiva com o medicamento, a administração e importância de não deixar em falta. Uma participante reduziu o seu papel como cuidadora relacionando somente com a responsabilidade em medicar o adolescente no horário correto para evitar as crises. Já as outras participantes além de citarem esta função, relacionaram com aspectos emocionais e sociais.

O uso de substâncias a fim de aliviar sofrimentos e mal estar representa uma prática que segue ao longo da história da humanidade permeada por diferentes conhecimentos. Contudo, a difusão do saber médico e suas práticas contribuem para que a partir do século XX, mais precisamente na década de 70, haja o surgimento do conceito de medicalização, o

qual, faz referência a redução de problemáticas sociopolíticas a questões de foro privado, individual através da transformação de fenômenos das experiências de vida cotidiana em problemas médicos, ignorando os aspectos históricos e culturais que os compõem. Assim, a medicalização marca um discurso que se fortalece na prática cotidiana, disseminando a supremacia de determinantes biológicos na definição dos comportamentos, outrossim, o estímulo ao uso de psicofármacos como recurso terapêutico (FIGUEIRA; CALIMAN, 2014).

Do ponto de vista da pesquisadora, a percepção trazida pela entrevistada E3 expressa a apropriação de uma lógica que permeia uma compreensão e um fazer sobre a saúde e os serviços de saúde marcados predominantemente pelo domínio restrito do saber médico e sua atuação, enquanto “prescritor” de fármacos que prometem curar os diferentes sintomas considerados desviantes da normalidade. Vale ressaltar que esse discurso e essa prática também podem ser assimilados pelos profissionais de saúde que constituem esses serviços, o que incorre em uma ameaça para a efetivação de transformações já preconizadas teoricamente, que ampliariam a concepção sobre os problemas de saúde e seus determinantes.

A participante E1, afirma em seu relato ter a consciência da importância de sua presença atuante no CAPSi como fator colaborador para o avanço do tratamento da adolescente, no entanto, justifica sua ausência devido ao acúmulo de tarefas, demonstrando culpa e incômodo diante de sua ausência. O relato de E2 demonstra sentimento de pena diante da adolescente em questão, buscando suprir as lacunas existentes deixadas pelos pais através de muita atenção e carinho. Já a participante E4 acredita que seu papel é viver em função da adolescente em tratamento, se responsabilizando por todos os âmbitos de sua vida.

É possível observar através dos dados coletados, que ainda há certo distanciamento entre familiares, gestão dos serviços e equipe multiprofissional. Ressaltando que embora as Políticas do SUS indiquem a importância da participação da família no tratamento, esta função ainda não parece ser percebida e compreendida pelas famílias e tampouco sistematizada pelas ações realizadas em conjunto com os demais profissionais. Quando ocorre ainda se dá de forma difusa, fragmentada e parece não ter continuidade. Outro fator identificado foi que apesar das políticas de saúde mental indicarem a necessidade dos familiares participarem da construção do Projeto Terapêutico Singular do usuário, enquanto direcionamento de atividades que compõem o tratamento considerando seu âmbito familiar e social, nenhum familiar cuidador participante fez menção a esta função. Taño (2013) afirma a importância de construir o cuidado através das particularidades de cada sujeito e cada grupo familiar, não sendo construído de forma pré-programada ou autoritária.

Para um cuidado integral em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental. Ela deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade. Mas, estruturar uma abordagem a partir da família exige dos profissionais de Saúde abertura e visão ampliada, isto é, uma visão que acolha as diferentes constituições familiares e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da Saúde Mental mobilizam. Quando o foco é a família, torna-se fundamental a abordagem que vai além das dificuldades e de soluções previamente estabelecidas. Assim, por exemplo, uma ação de fortalecimento dos cuidados familiares à pessoa com sofrimento psíquico não deve estar apoiada naquilo que falta; pelo contrário, a ação deve nascer do que existe de recursos e fortalezas em cada família. Esse modo de ver e cuidar pode representar um importante princípio orientador que estimula a participação da família no processo de enfrentamento de dificuldades, quaisquer que elas sejam (BRASIL, 2013a).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou identificar as vivências cotidianas de familiares cuidadores de adolescentes em tratamento no CAPSi, considerando os cuidados diários e dificuldades diante do tratamento, aspectos sociais e emocionais envolvidos, assim como a percepção dos mesmos diante do seu papel em relação ao processo terapêutico. O interesse pela realização do trabalho surgiu das experiências profissionais da pesquisadora no âmbito da saúde mental, adolescência e família, emergindo questionamentos sobre as vivências dos familiares cuidadores de adolescentes com transtorno mental, principalmente considerando que as atuais políticas públicas de saúde mental apontam a família como importante aliada ao tratamento. Com relação aos objetivos propostos considera-se que foram alcançados.

Nos discursos apresentados pelos familiares cuidadores foram identificadas necessidades e dificuldades relacionadas à sobrecarga física, psíquica e social além de sentimentos despertados na relação do cuidar. A rotina do cuidador quanto aos afazeres, englobam desde as responsabilidades ligadas ao tratamento do adolescente, como administrar medicamentos, acompanhamento ao serviço de saúde no CAPSi e auxílio nos autocuidados até, a responsabilidade pelos afazeres domésticos, cuidados com outras pessoas e administração do lar. O transtorno mental na família, em alguns casos, impôs a necessidade de reorganizar as funções de cada um, além de exigir do cuidador uma dedicação maior, que resultou no abandono das funções profissionais, restrição das atividades de lazer e contato social. Deste modo, esta rotina, revela os fatores preditores para o desgaste e/ou sobrecarga física e sofrimento emocional.

Em relação aos sentimentos e emoções identificadas, observou-se a dificuldade em aceitar o diagnóstico de transtorno mental, sendo comum a negação e revolta no primeiro momento, devido ao estigma social que acompanha a doença mental, associado ao preconceito, vergonha e medo. O sentimento de culpa foi observado nos participantes, ora por acreditarem que poderia ter sido feito algo para evitar o transtorno, ora por não saberem como lidar com as manifestações decorrentes da doença. Identificou-se ainda, medo e ansiedade relacionados à possíveis recaídas e incerteza do futuro, além de tristeza e angústia devido ao transtorno mental e aspectos da rotina. A sensação de solidão também foi relatada, onde os cuidadores queixam-se da falta de ajuda dos outros integrantes da família e conseqüentemente, devido à dedicação intensa e exclusiva ao adolescente, não possuem tempo para dedicarem-se às suas próprias vidas.

Percebeu-se que os familiares temem pelo fato do adolescente estar em tratamento em um CAPSi, buscando evitar constrangimentos ao mesmo e à família, devido ao preconceito social ainda existente. Foi possível perceber ainda, o desconhecimento dos familiares em relação ao transtorno mental, demonstrando possuir pouco entendimento sobre o diagnóstico e o tratamento.

No que se refere ao entendimento sobre o papel da família no tratamento, os dados indicam que os familiares cuidadores não possuem clareza sobre sua função, onde cada participante associa sua função a um aspecto isolado, tais como: ser responsável pela administração dos medicamentos, dar apoio emocional através de atenção e carinho, monitorar o comportamento do adolescente, levar às consultas e ter paciência com as alterações comportamentais. Observou-se também que existe certo distanciamento entre os familiares/cuidadores e o trabalho oferecido pela equipe multiprofissional, que em parte pode ser explicado a priori pela falta de compreensão e desconhecimento sobre a importância dos familiares participarem efetivamente das atividades propostas, para uma melhora no quadro de saúde dos seus filhos. E ainda, pelas razões da vivência cotidiana (sobrecarga de tarefas diárias, aspectos sociais, financeiros, emocionais), que inviabilizam por vezes sua participação efetiva nas atividades oferecidas.

Outro ponto que pode explicar o fato acima discutido é a escassez de propostas de ações que sejam mais direcionadas ao trabalho de ser cuidador – ao ato de cuidar. Implicando com isso, a necessidade da criação de estratégias de educação em saúde, que preparem melhor o indivíduo para exercer esta função, promovendo maior inclusão e coparticipação desses familiares nas propostas e políticas de saúde mental. Ações estas que podem ajudar substancialmente as famílias numa melhor compreensão sobre o adoecimento dos filhos e o tratamento realizado no CAPSi, promovendo formas mais adaptativas de enfrentamento da situação vivenciada no cotidiano do tratamento. Fato que também propicia com que as famílias não direcionem a responsabilidade do tratamento apenas à Instituição.

Outro aspecto percebido no estudo refere-se à presença de sofrimento emocional nas vivências diárias de cuidados com os filhos adolescentes, sugerindo a necessidade de intensificação da assistência psicológica já oferecida no CAPSi ao momento de crise vivenciado pelo familiar/cuidador, que culmine na prevenção e promoção de sua saúde mental. Para tanto, é necessário considerar a realidade social dos familiares cuidadores, buscando alternativas para estreitar as barreiras existentes, através de ações comunitárias e

visitas domiciliares, assim como indica a política que rege os Centros de Atenção Psicossociais.

É importante pensar em estratégias que estejam mais condizentes com a realidade e a demanda dos familiares, levando em consideração os cuidados diários com os filhos. Propostas que incluam ações psicoeducativas, suportivas e profiláticas, contribuindo para o bem estar do familiar cuidador, promovendo melhora na sua qualidade de vida e saúde. Dentre as opções possíveis, pode-se citar a escola como rede de apoio fundamental à saúde mental, através da promoção de debate entre familiares sobre temas relevantes.

Diante dos aspectos identificados na pesquisa, conclui-se que ser familiar cuidador de um adolescente com transtorno mental, acarreta mudanças na vida que desencadeiam sentimentos e expectativas que devem ser trabalhadas para que se possibilite a melhor adaptação à situação e assim, reflita de forma positiva no tratamento. É importante que o CAPSi intensifique as orientações necessárias sobre o transtorno mental, suas especificidades e tratamento, disponibilizando à família espaço para que os mesmos possam expressar sentimentos e emoções decorrentes da rotina e vivência diária.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J.; BOCK, A. M. B.; OZELLA, S., 2001. A Orientação Profissional com Adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia** (p. 163-178). São Paulo: Cortez.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v.10, n.20, p.299-316, 2006.
- ARIES, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AVANCI, J. Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-294, set. 2007.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BENETTI et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun. 2007.
- BERNI, V.; ROSO, A. A adolescência na perspectiva da Psicologia Social Crítica. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 126-136, 2014.
- BITTENCOURT, A.; FRANÇA, L.; GOLDIN, J. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n.2, p. 311-319, 2015.
- BORBA, L.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.21, n.4, p. 588-594, 2008.
- BORBA, L. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 2010. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**, 25 a 28 de junho de 1987. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 20 setembro 1990a, Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b, Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 27 setembro 1990c, Seção 1, p. 18551.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 9 de abril 2001, Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência de Saúde Mental**, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria Nº 1947/GM, de 10 de outubro de 2003. Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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, 2004b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, n. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 13 jun. 2013b. Seção 1 p. 59.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, março 2012.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Enfermagem**. v. 13, n. 3, p. 477-484, jul-set, 2009.

CAMPELO, L.; COSTA, S.; COLVERO, L. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 48, p. 197-204, 2014.

CARDOSO, L. et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 46, n.2, p. 513-517, 2012.

CAVALHERI, S. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.2, pp.319-328, 2001.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, mai./ago. 2001.

COUTO, M. **Novos desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: Necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes**. III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

COUTO, M.; DUARTE, C.; DELGADO P. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 4, n. 30, p. 390-398, 2008.

COUTO, M.; DELGADO, P. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.27 n.1, jan./jul., 2015.

CRESWELL, J. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRIVELATTI, M.; DURMAN, S.; HOFSTATER, L. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, p. 64-70, 2006.

CRUZ, A. **O transtorno mental na adolescência e o convívio familiar – Relato dos pais**. 2006. 80 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São

Paulo, 2006.

DELFINI, P. et al. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

DEMARCO, D. et al. Sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care.** Online. v. 6, n. 4, p.1677-1686, out-dez 2014.

DESSEN, M.; POLONIA, A. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paideia**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

ENGELS, F. A Origem da família, da propriedade privada e do estado. São Paulo: Escala, 1991.

FARIAS, J. M. **Experiência e produção de sentidos de familiares cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno mental.** 2016. 138 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

FÁVERO, M. A. B.; SANTOS, M. A. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.

FEITOSA, et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética.** v. 19, n. 1, p. 259-275, 2011.

FIGUEIRA, P.; CALIMAN, L. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia clínica.** 2014, vol.26, n.2, p.17-32.

FRAYSE-PEREIRA, J. **O que é loucura?** 10^a ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GARCIA, G.; SANTOS, D.; MACHADO, D. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 31, n. 12, p. 2649-2654, dez 2015.

GAUY, F. Crianças e adolescentes com problemas emocionais e comportamentais têm necessidade de políticas de inclusão escolar? **Educ. rev.** Curitiba, n. 59, p. 79-95, jan./mar. 2016.

GONÇALVES, A.; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, março, 2001.

GONÇALVES, J. R. L; LUIS, M. A. V. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 272-277, 2010.

HANSEN, N. F. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Elet. Enf.** São Paulo, v. 16, n. 1, p. 220-227, jan./mar. 2014.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Aná. Psicológica**, v.24, n.3, p. 363-372, 2006.

KASLOW, F. Families and Family Psychology at the Milenium. **American Psychologist**, v.56, p. 37-46, 2001.

KEBBE, L. 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, jul./set. 2014.

LATANZA, S. P. **Dinâmica psicológica de cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos**. 2016. P. 85. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2016.

LEAL, E.; DELGADO, P. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p.137-54.

LEWIN, K. **Princípios de psicologia topológica**. Trad. de Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1973.

MACIEL, S. et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. **Psicologia, ciência e profissão**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 436-447, 2009.

MACHINESKI, G. **O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

MACHINESKI, G.; SCHNEIDER, J.; CAMATTA, M. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p.126-32, 2013.

MARINI, A. et al. Sobrecarga de cuidadores na psiquiatria infantil. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 3, p. 300-306, 2010.

MARTIN I. et al. Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. **Psicologia, saúde e doenças**. v.1, n.1, p.3-9, 2000.

MATOS et al. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n.7, p. 157-163, 2015.

MATSUKURA, T. S. et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 13, n. 3, p. 415-428, set./dez. 2007.

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

MENEZES, J.; NASCIMENTO, A. Intimidações na adolescência: expressões da violência entre pares na cultura escolar. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.1, p. 142-151, 2013.

MINAYO, M. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, E.; MAZIN, S.; DANTAS, R. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal: validação para o Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 68, n.3, p. 421-428, mai./jun. 2015.

MOREIRA, L.; BASTOS, P. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 445-453, set./dez. 2015.

MUYLAERT, C. J. **Gênero e cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil**. 2016. P. 226. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, M. C. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 427-436, maio/agosto 2006.

OLIVEIRA, D.C., Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 4, p. 569-576, out./ dez. 2008.

OSORIO L. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

PEGOGARO, R.; CALDANA, R. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface**, Botucatu, v.12, n.25, p. 295-307, 2008.

PELBART, P. Manicômio Mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI A, organizador. **Saúde loucura**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 131-138.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc.Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PICHON-RIVIERI, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PIMENTA, E. **A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. 2008. 122 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

PRADO, D. **O que é família?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1985.

PRATTA, E.; SANTOS, M. **Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros.** *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, maio/agosto 2007.

RAMOS, D. M.; NASCIMENTO, V. G. A família como instituição moderna. *Fractal, Rev. Psicol.*, v.20, n.2, p.461-472, 2008.

REIS, A. et al. **As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.** São Paulo: Schoba, 2012.

RONCHI, J. **Ambiência e Saúde Mental: um estudo no CAPSi de Vitória – ES.** 2012. 119 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SÁ, D. et al. Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2010.

SALLES, L. Infância e Adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n.1, p. 33-41, jan./mar. 2005.

SANTOS, P. **O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005.

SANTOS, D et al. Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n. 6, p. 45-50, 2011.

SCHRANK, G. **O centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família.** 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p 112-120, out. 2010.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, p.243-253, 2005.

SILVA, J. **Família e sofrimento psíquico: um estudo com familiares de usuários de um CAPS privado.** 2012. 124 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

SOUZA, R.; PEREIRA, M.; SCATENA, M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, julho 2002.

TAÑO, B. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSI) e as práticas de**

cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico. 2014. 208 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAVARES, S. **Vivência do atendimento no centro de atenção psicossocial infantojuvenil: motivações da família e profissionais.** 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

TESSLER, R. C.; GAMACHE, G. M. **Family Experiences with Mental Illness.** AuburnHouse, Westport, 2000.

TOSTES, M.H.F.S. Transtornos mentais da infância e da adolescência. In: RIBEIRO, M.S. (Org.). **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental.** Juiz de Fora: UFJF, 2007.

VITOLLO et al. **Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares.** Revista Saúde Pública, v. 39, n. 5, p. 716-724, 2005.

VYGOTSKI, L. (1996). Psicologia infantil. **Obras escogidas.** Tomo IV. Madri: Visor.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. **Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem.** 10ª ed. São Paulo: Ícone, 2006.

VYGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem** (P. Bezerra, trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COMO DISPOSTO NA
RESOLUÇÃO 466/12**

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), da pesquisa “Vivências cotidianas de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi”. A pesquisa faz parte da Dissertação de Mestrado de Nívea Rodrigues dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. JenaHanay Araújo de Oliveira da Universidade Federal do Maranhão.

Considerando os estudos que apontam que o adoecimento mental de um adolescente traz consequências físicas, psicológicas, sociais e econômicas para familiares, a pesquisa tem como objetivo investigar as vivências de familiares de adolescentes usuários do CAPSi. Esta pesquisa consistirá em uma entrevista, onde a pesquisadora utilizará um questionário sociodemográfico, buscando informações básicas de identificação sobre o participante, e um roteiro de entrevista semiestruturada, visando coletar informações sobre as experiências diárias relacionadas ao fato de ter um familiar em acompanhamento no CAPSi, no que tange aos aspectos emocionais e sociais envolvidos, de tratamento, das dificuldades existentes e, a concepção que este tem sobre o papel da família no tratamento. Durante as entrevistas será utilizado um gravador com o objetivo de tornar mais fiel possível as suas falas e auxiliar durante as intervenções e análise dos resultados, se assim você permitir.

É garantido o sigilo de qualquer informação que permita sua identificação. Os resultados finais serão apresentados na forma de dissertação, artigos científicos e apresentações em congressos, sendo que o Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Nesta pesquisa se investigará um pouco sobre suas vivências relacionadas ao seu familiar usuário do CAPSi, o que poderá trazer algum incômodo ou alguma reação emocional. Esse é o risco que você corre: entrar em contato com pensamentos, sentimentos e lembranças que talvez traga algum desconforto. Mas você contará com a ajuda da psicóloga pesquisadora, a quem poderá recorrer quando isso acontecer. Você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, caso você tome essa decisão.

Ao final da pesquisa, a pesquisadora entrará em contato com você para dar o retorno sobre a pesquisa, bem como para fazer orientações e/ou encaminhamentos caso seja necessário. Esse retorno é um benefício direto que a pesquisa pode proporcionar a você, no sentido de ter maior clareza sobre os aspectos psicológicos que estão relacionados a forma de você lidar com a situação de ter um familiar usuário do CAPSi. Além disso, os resultados podem ajudar a criar estratégias de atuação junto às famílias dos usuários do CAPSi. Pela participação no estudo, não será recebido qualquer valor em dinheiro.

Para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo e-mail nivea_rodrigues@hotmail.com ou telefone (98) 981150104. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas em relação à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Comitê responsável por avaliar e acompanhar os aspectos Éticos das Pesquisas que envolvem Seres Humanos, localizado na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07 ou através do telefone (98) 3272-8708.

Se você não tiver interesse ou disponibilidade para participar da pesquisa não sofrerá nenhum prejuízo. Caso você concorde em colaborar, deverá assinar as duas vias deste documento. Uma delas ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Você terá o acesso ao registro deste consentimento sempre que solicitar.

São Luís, ____ de _____ de 2017.

Psic. Nivea Rodrigues dos Santos
(Pesquisadora Responsável)

(Participante)

APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Título da Pesquisa: **VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPSi.**

Pesquisadora: Nivea Rodrigues dos Santos

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Estado Civil:
5. Grau de escolaridade:
6. Ocupação:
7. Número de Filhos:
8. Qual o parentesco com o adolescente em tratamento no CAPSi?
9. Há quanto tempo seu familiar está inserido no CAPSi?
10. Qual o histórico de adoecimento do adolescente?
11. Quem reside com o adolescente?
12. Você já passou por tratamento Psicológico e/ou Psiquiátrico?
() Sim () Não Quanto tempo?
13. Toma alguma medicação?
14. Tem problema de saúde?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Título da Pesquisa: **VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – CAPSi.**

Pesquisadora: Nívea Rodrigues dos Santos

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Me fale um pouco sobre o porquê do seu familiar estar sendo atendido no CAPSi. Qual a avaliação dada ao adolescente pelos profissionais?
2. Como você se sente em ter um familiar sendo atendido no CAPSi? Como é sua rotina diária em relação ao adolescente? Me fale um pouco sobre isso.
3. Na sua opinião, qual o papel que a família desempenha no tratamento do seu familiar?
4. Você participa de alguma atividade oferecida pelo CAPSi? Participar desta (s) atividade (s) tem lhe ajudado a lidar com o seu familiar? Se não, porque não participas?
5. O tratamento no CAPSi tem ajudado você a lidar com essa situação e do seu familiar?
6. Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você diante do adoecimento e tratamento do seu familiar?
7. Você gostaria de falar sobre mais sobre algum assunto? Fique à vontade para contar.

APÊNDICE D – Transcrição das entrevistas

ENTREVISTA 1

P: Me fale um pouco sobre o porquê da sua filha está sendo atendida no CAPSi. Você tem conhecimento sobre a avaliação que foi dada a sua filha pelos profissionais?

M: Na verdade, minha filha sempre teve muita dificuldade na escola, apresentava agressividade e dificuldade de aprender, além de comportamentos que se diferenciavam das outras crianças de sua idade, não gostava de brincar, não gostava de assistir, não ficava quieta e tinha uns comportamentos esquisitos, até que eu procurei um médico e ele disse que ela tinha retardo mental e déficit de atenção. Como eu tinha plano de saúde, eu comecei o tratamento pelo plano e depois me encaminharam pra cá, quando não tinha mais plano e não tive mais condições de pagar. Eles me explicaram que o CAPSi trata de crianças e adolescentes com problemas, até então eu não conhecia, nunca ouvi falar. Nesse tempo que estamos aqui, quase 2 anos, agora que ela começou a ser atendida com mais frequência, toda semana, antes demorava muito as sessões. Era só o psiquiatra mesmo.

P: Mas aqui você chegou a ter um feedback sobre sua filha em relação a sua avaliação e tratamento?

M: É ruim porque muda muito de profissional. Você tem uma consulta hoje com o psiquiatra, na próxima vez já é outro e tenho que falar tudo novamente. Agora essa última médica que entrou parece que vai dá certo mas ela não é de conversar muito não. O que eles falam muito é do comportamento dela, porque ela tem muitas alterações, as vezes ela tá ótima, mas tem dias que só a glória de Deus (risos). Agora que ela completou 13 anos, eu converso muito com ela, dizendo que já é uma adolescente, não é mais bebê e senti que ela melhorou muito principalmente na questão da desobediência. E outra coisa, se disser não pra ela é pior do que bater, ela não gosta de ser contrariada em nada, se ela quiser uma coisa e não fizer, ela fica agressiva demais. Mas mesmo assim melhorou demais, é de se impressionar o comportamento dela, graças a Deus. Agora na escola, não tem uma reclamação de R., não tem nenhuma desde o início do ano, ela obedece, participa de tudo, não é excluída de nada que foi o que eu mais pedi. Quem tem muita paciência com ela é meu esposo, que apesar de só ter 3 anos de casados, mas o que ele faz é mais que um pai biológico, não tem comparação. Eu não tenho

paciência nenhuma, brigo demais. Ele que me acalma, ele que me chama atenção, entende? E ela tá muito aborrecida com ele por conta da bebezinha que temos porque tem muito ciúmes.

P: Ela não tem contato com o pai?

M: Muito pouco. Nós nos separamos quando ela ainda era pequena e como mora em outra cidade, o contato diminuiu muito. Mas ela gosta muito do meu marido e ele se preocupa com ela como pai mesmo.

P: Ela questiona sobre o pai?

M: Antes sim, mas como ela se apegou ao meu marido, hoje não pergunta mais nada e acho que nem sente falta, não sei.

P: E como é a relação com a irmã?

M: Ela gosta muito dela, quer me ajudar a cuidar, só que sente ciúmes também porque ela foi a única neta até a minha outra filha nascer e sempre teve toda a atenção do mundo, foi muito mimada e agora a atenção é dividida.

P: E em relação ao diagnóstico dado à sua filha, você tem conhecimento?

M: Eu já li muito sobre retardo mental e TDAH, realmente ela apresenta todos os sintomas. Mas com os remédios ela até melhorou. Sá agressividade que é demais, mas engraçado que só é em casa, na escola é um amor. Fora isso, acho ela muito desatenta e agitada, não fica parada numa coisa, não consegue se concentrar. E tudo se encaixa nas coisas que li sobre o assunto.

P: Ela está numa escola regular?

M: Sim, só que no quarto ano devido as limitações que tem né? Ela tá com os meninos que ainda sabem pouco. Eles lá da escola tratam ela muito bem, só que não é o que ela precisa. Eu vou até conversar com a médica para me dar um laudo para ver se consigo um benefício para colocar ela numa escola específica. Aqui em São Luís tem uma escola que é muito cara e atende os casos dela. Eu tô pedindo a Deus que dê certo porque é uma esperança. Ela fez uma avaliação e foi chamada, mas não temos o dinheiro necessário para pagar. O maior problema dela é o aprendizado e já está começando a se cobrar. Ela tem um priminho de 6 anos que já escreve e fica me perguntando porque ele sabe e ela não. Eu tento explicar como posso dizendo que ela vai aprender, só que tem uma dificuldade maior. Ela já conhece todas as letras do alfabeto, só que na hora de juntar para ler ela não consegue. Ah! Tudo dela agora é dizer “não sei”. E eu fico apoiando, dando força, mas é difícil. Eu tenho pena da minha filha

em algumas situações e tenho muito medo dela se sentir rejeitada, por isso luto tanto pela socialização dela. Eu fico com pena de ver ela se esforçando e não conseguir por conta da doença. E também porque não posso fazer nada... Agora mesmo ela tá ensaiando para uma apresentação na escola, só que não tá conseguindo aprender a coreografia e fica triste por isso, as vezes chora, as vezes fica zangada. Eu entendo ela porque todos os colegas já aprenderam, menos ela.

P: Como você se sente em ter uma filha com transtorno mental?

M: Eu já tive muita dificuldade em lidar com isso, tanto que para eu aceitar no início foi difícil demais, porque eu descobri mesmo com 6 anos já, onde uma psicóloga da escola me chamou. Na verdade, com 3 anos quando ela entrou na escola, um professor me disse que ela tinha muita dificuldade na coordenação motora, não conseguia segurar os lápis direito. Só que eu achava absurdo, não aceitava que falassem isso de uma criança que só tinha 3 anos de idade e nunca dei importância, fiquei até chateada com o professor. Só com 6 anos eu vi que realmente tinha alguma coisa de errado e fui fazer os exames e quando levei para o médico olhar, ela começou a tomar anticonvulsivante. Então foi muito difícil porque mãe nenhuma está preparada para isso, passava tanta coisa na minha cabeça, principalmente o preconceito das pessoas, é o que mais me deixa mal, mas hoje o que sinto é mais proteção, ela não toma banho sozinha, por exemplo, eu sempre vou ajudar. Ela não consegue pentear o cabelo direito, aí na pressa eu mesma vou lá e faço porque demora muito se deixar ela fazer. Eu sei que preciso estimular mais, só que na pressa do dia a dia eu não tenho paciência. Às vezes grito com ela e me arrependo. Sei que ela precisa ser estimulada mas eu não consigo e isso me deixa triste demais, queria que ela fosse como as outras crianças sabe? Ela é muito protegida pela família toda, é a única menina entre os netos e todos fazem seus gostos. Até na escola também, ainda bem. Mas de forma geral, ainda é difícil pra mim porque quem olha não diz que ela tem alguma coisa, ela é linda e fica mais difícil de aceitar porque quando tem algo físico acho q é mais fácil porque você olha e vê que realmente tem algum problema ali. Eu olho para minha filha e fico triste, sinto pena. Tem gente que fala que ela só é assim por falta de criação, como se fosse mal educada e assim, é complicado. As pessoas não entendem e só sabem julgar, mas hoje estou bem melhor, só me preocupo mais com a socialização porque quero que ela participe de tudo respeitando as limitações dela.

P: E em relação a sua rotina diária de cuidado com sua filha? Como é?

M: Eu tenho uma filha bebê para cuidar também, então eu tenho que me virar. Acho que por isso não tenho paciência, porque pra mim é como se fosse duas bebês, eu faço tudo para as duas mesmo sabendo que tem muita coisa q a R. já pode fazer sozinha. Tem noite que quando todo mundo dorme, eu vou chorar sé de cansada, estressada, tem dias que dá vontade de sumir. É filho, é marido, é casa, nossa, é demais. Choro de cansaço e de culpa também, porque não consigo deixar ela ser independente, falta paciência para ensinar.

P: O seu marido lhe ajuda?

M: Assim, ele trabalha o dia todo. Eu não tenho como trabalhar com essas crianças em casa, então tem que ser ele mesmo. Nós não temos condições de colocar alguém para me ajudar, então é o jeito. Quando tá em casa, ele me ajuda como pode, mas na verdade tudo sou eu. Eu tenho que fazer comida, lavar roupa e ao mesmo tempo, olhar a filha bebê e tá brigando com a outra que não fica quieta. Tem dias que demoro muito tempo no banho só pra me afastar de tudo um pouco e quanto todo mundo dorme então, é um alívio. E além das coisas de casa, ainda tem o tratamento da R. né? Tenho que levar em consulta, levo na escola, busco, tem que trazer aqui. Às vezes a minha mãe até traz, mas ela é ocupada também.

P: Na sua opinião, qual o papel que a família desempenha no tratamento da R.?

M: Aqui no CAPSi eu estou em falta, sabe? Agora que estou tentando não faltar em nada. Mas na escola eu estou sempre presente em tudo, faço questão de saber de tudo. Mas o que eu vejo é que tenho que mudar em relação a minha paciência para poder ajudar no tratamento dela, né? Minha paciência é muito curta, eu grito muito com ela. E acho que devo participar mais aqui no CAPSi. Em casa, eu estou sempre tentando estimular com conversas, brincadeiras, vídeos. Eu quero ajuda daqui, mas sei que isso depende de mim também porque não busco muito estar presente com a equipe, estou distante. Mas agora acho que vai melhorar. Porque como já falei, mudava muito de profissional e agora melhorou, vou tentar trazer toda semana porque ela precisa muito das terapias com a psicóloga e eu tenho que dar um jeito de trazer.

P: Tem alguma atividade oferecida pelo CAPSi que você participa?

M: Tem a terapia familiar aqui, mas só vim 1 vez (risos). Viu como tô em falta? Eles até que chamam, mas eu nunca tenho tempo e na verdade, nem vontade mesmo. Eu tive que ficar sem trabalhar pra poder cuidar das filhas e isso é mais uma coisa que me deixa para baixo, junta

tudo e fico sem vontade de nada. Fora o cansaço mesmo e a falta de tempo por causa da minha filha menor.

P: E essa vez que você participou, você considera que foi útil?

M: Foi ótimo. Na verdade, foi falado sobre os comportamentos da minha filha. Não foi direcionado pra mim não. Eles só falaram um pouco sobre como ela se comporta aqui, quais as melhoras que ela teve, essas coisas.

P: E você sente falta desse direcionamento para a família?

M: Sim, porque é difícil lidar com essas mudanças de comportamento todos os dias. Porque além disso tem os problemas normais que todo mundo tem, então as vezes eu perco a paciência mesmo. Às vezes acho que eu preciso de ajuda também para saber como me controlar, só que fica difícil nessa correria.

P: Quais as maiores dificuldades que você apresenta diante do adoecimento e tratamento da sua filha?

M: É a paciência mesmo que me falta muito, preciso dialogar mais, conversar mais com ela de acordo com a idade dela, porque tratava como bebê, querendo proteger demais. Hoje peço pra ela me ajudar com a minha outra filha e aos poucos estou conseguindo mudar um pouco. Eu não sei lidar com ela, na verdade, as vezes acho que mimo demais, outras acho que cobro demais, é complicado. Essa pressão em cima de mim acho que tá me atrapalhando em tudo, hoje vivo mal humorada com todo mundo.

P: Você já pensou em procurar um profissional para pedir ajuda? Um psicólogo por exemplo?

M: Pois é, eu preciso mesmo. Vou até pensar nisso, antes que eu enlouqueça. (risos)

P: O tratamento que sua filha faz aqui no CAPSi tem ajudado?

M: Na verdade, como estou muito em falta aqui, não sei te falar se o tratamento tem ajudado. Mas a equipe é maravilhosa, eles oferecem muita coisa, só que eu distante não tem como avaliar, eu preciso estar mais presente e não deixar ela faltar tanto. O que eu não falto é a consulta com psiquiatra, mas as oficinas, sessões com psicopedagogo e psicólogo que ela precisa demais, eu falto muito. Agora que vou trazer toda semana porque mudou a direção e não precisa mais agendar as sessões. Acredito que vai nos ajudar muito.

P: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

M: Não, acho que já falei tudo. É uma rotina cansativa ter uma filha com problemas, principalmente porque além dos cuidados normais, eu me preocupo com outras coisas, como preconceito, exclusão. E como tenho uma filha pequena, marido, tenho que cuidar da casa, tem horas que não aguento e explodo. (risos) Mas sei que isso não faz bem pra ela e estou tentando me controlar mais. Acho que a família precisa de tratamento também, porque não é fácil não.

ENTREVISTA 2

P: Me fale um pouco sobre o porquê de seu familiar está sendo atendida aqui no CAPSi. Você tem conhecimento sobre a avaliação dada pelos profissionais?

M: Ela perdeu o irmão de 15 anos há 3 anos e foi uma morte muito cruel, ele foi assassinado e ela conhecia a pessoa que matou, então acho que foi bem impactante pra ela. Na verdade, todo mundo da família ficou chocado, ninguém conseguia aceitar uma tragédia dessas. Ela morava com a avó paterna desde pequena e derrepente ela não queria mais ficar lá, vinha todos os dias para minha casa passar o dia, queria dormir, até que ficou morando comigo. Eu achei normal, porque todos os netos ficam nessa de ficar na minha casa e na casa da outra avó, então nem perguntei nada. Só que com o tempo comecei a perceber que ela não comia mais, não dormia, ficava assistindo TV até tarde, começou a se isolar no quarto dela sem querer falar com ninguém, tinha medo de tudo, nem no banheiro sozinha ela ia só de medo. Mas eu achava que era coisa de menino mesmo, pensava que era besteira e nem tenho muito tempo pra tá vendo essas coisas. Eu vi ela chorando algumas vezes, mas por ter perdido o irmão eu achava normal, até eu choro as vezes quando lembro. Até que a escola nos chamou para falar sobre o comportamento dela, que estava triste, isolada, não participava mais das atividades, não falava com ninguém e que estava cortando os braços. Eu e mãe dela ficamos sem querer acreditar e quando fomos perceber, ela estava toda cortada nos braços e pernas, depois chegamos a olhar o diário dela e lá tinha dizendo que queria se matar, que ia se jogar de uma laje, um monte de coisas. Ela só falava em coisa ruim, que não era feliz, que não tinha mais porque viver, que ninguém gostava dela, que não tinha amigos, essas coisas. Só depois que lemos tudo isso que resolvemos levar em um médico do SUS e ele encaminhou para cá, dizendo que ela tem depressão grave e aqui é o lugar para ela melhorar porque trata esses casos. Ela foi medicada e começamos o tratamento aqui com psiquiatra, psicólogo e terapeuta familiar. Eles

explicaram como seria o tratamento e ela vem melhorando, graças a Deus. Mas eu fiquei sem chão...Já tinha ouvido falar sobre depressão na televisão. Mas minha neta? É difícil demais.

P: Você entende o que é depressão?

M: Sei que a pessoa fica muito triste né? Dá vontade de morrer, essas coisas. Não quer comer, não tem vontade de fazer nada.

P: Mas os profissionais lhe informaram sobre o transtorno?

M: Não, só disseram mesmo que é grave e que precisa tomar remédio e vim pra cá direto pra ficar boa. E assim eu tô fazendo, porque quero que minha neta melhore o mais rápido possível.

P: Você sabia que existia o CAPSi?

M: Não, não sabia. Só sabia do Nina Rodrigues, que cuida das pessoas com doença mental.

P: Como você se sente em ter um familiar sendo atendido no CAPSi?

M: Sinceramente eu me preocupo demais, hoje em dia minha vida mudou porque não confio em deixar ela sozinha, não deixo facas e tesouras próximo dela, tenho sempre esse cuidado, hoje tudo é escondido. Até evito entrar em contato com faca enquanto ela tá em casa. E a mãe dela não tem muita paciência, é meio grossa, o pai não liga muito também, então tudo sou eu. É um cuidado muito grande. Não posso mais nem sair de casa, sabe? Antes eu saia para trabalhar, lavar roupa, cozinhar e hoje não posso mais. O fato dela ter tentado se matar me deixou desesperada, nunca imaginei e por isso, não deixo ela sozinha de jeito nenhum com medo de fazer de novo. A gente nunca acha que vai acontecer alguma coisa assim com alguém da nossa família, eu fiquei sem acreditar. Só que ela está bem melhor, até vultos ela via e agora parou. A psicóloga conversou comigo e disse que ela sofre muito pelos apelidos que recebe dos primos e depois disso eu conversei com eles, tudo para tentar ajudar ela. Esse preconceito atrapalha mais ainda e esses adolescentes não entendem, gostam de zoar com coisa séria. Ela fica morrendo de vergonha, mas nunca me falou nada, ela só fala para a psicóloga, tudo ela conta pra ela. Então como eu tava dizendo, procuro dar atenção do jeito que eu posso e tentar ajudar também. Converso com a mãe dela sobre como ela trata a filha, que seria bom ela mudar um pouco, que com certeza ia ajudar. Falo com o pai para dar um pouco mais de atenção nesse momento que ela tá se recuperando.

P: Como é a convivência dela com os pais?

M: Os pais dela nunca viveram juntos. A mãe dela sempre vai lá em casa, mas quem cuida mesmo sou eu. E antes era a outra avó. O pai não liga muito e a mãe não tem paciência, logo teve ela muito nova e nem tinha como criar.

P: Você acha que sua neta sente falta da presença deles?

M: Ah, sente sim. E ela percebe as coisas né? A mãe dela só vai lá de passagem e quando vai só sabe brigar, cobrar, não dá carinho pra menina. E o pai nem se fala. E isso não é de agora, sempre achei ela sentida demais, quando era pequena, qualquer coisa ela chorava, dizia que a gente não gostava dela. E a mãe sempre brigou muito, ela é ignorante mesmo, sempre foi. Ai tem filho que não liga e tem filho que não gosta, como ela.

P: Como é seu dia a dia?

M: Praticamente cuidar da casa e cuidar dela. Eu estou fazendo as coisas de casa mas sempre de olho nela, com medo. Vivo assustada, tô sempre chamando ela e perguntando se ela quer alguma coisa. E não saio mais pra lugar nenhum porque não posso deixar ela sozinha e não tenho com quem deixar. Quando ela vai para a escola, eu faço questão de deixar e buscar ou então peço pra algum vizinho levar pra mim, ainda não confio em deixar ela sozinha assim não, acho perigoso.

P: Como é o sustento da casa?

M: Ah, a gente dá um jeito. Meu marido trabalha e meus filhos também ajudam como pode, graças a Deus não falta nada pra gente não. A mãe dela sempre deixa dinheiro aqui e fora ela, tenho mais 2 filhos casados. Eu sempre trabalhei, mas depois que ela adoeceu eu tive que deixar porque não tem como ela ficar sozinha em casa assim, acho que ela pode piorar. Eu sinto muita saudade sabe? É bom ter o dinheirinho da gente, sem falar que fazia amizades, gosto demais de trabalhar. Mas no momento não tem condições.

P: Na sua opinião, qual o papel da família diante do tratamento da sua neta?

M: Principalmente ter muita paciência, dar carinho e atenção, saber como falar as coisas, como chamar atenção, levar para sair de casa um pouco. Quando o pai dela promete uma coisa e não faz, ela fica péssima, triste e chorando. Essa semana mesmo ele prometeu de levar no cinema e não apareceu, ela se trancou e chorou o dia todo. Eu já fiquei preocupada e no outro dia levei no shopping para passear, até comprei uma roupinha pra ela e percebi que ela melhorou, ficou mais animadinha. Ai eu tento dar muita atenção. E isso de certa forma me atrapalha, porque tenho outros netos para cuidar e como preciso dar mais atenção para ela, as

vezes tenho que deixar os outros com vizinhos ou parentes. Só que no momento, ela é a que mais precisa né? Faço de tudo pra ela não ficar mais triste ainda e acho que isso ajuda. Na verdade, tenho tanto medo dela ficar assim sempre, dela não ter vontade de viver e conquistar as coisas dela... por isso eu tento suprir esse vazio que ela diz sentir.

P: Tem alguma atividade aqui no CAPSi que é oferecido para a família que você participa?

M: Nunca me chamaram para nenhuma atividade. Só me chamam para conversar sobre ela as vezes para saber como ela tá em casa, como ela se comporta aqui, essas coisas. Eu gosto deles, são atenciosos com a gente. Às vezes tem reunião com todos os familiares para dar explicações e avisos e eu procuro não faltar.

P: Mas você sente falta de alguma atividade direcionada para você enquanto cuidadora?

M: Seria bom se tivesse algo pra gente né? Não é fácil cuidar de gente com depressão. Eu mesma tem dias que parece que não vou aguentar. Eu via ela chorando e não sabia o que fazer, dava vontade de chorar também. Tem dias que nem durmo pensando, no início parecia um pesadelo o que a gente viveu.

P: Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você diante do adoecimento e tratamento da sua neta?

M: Agora até que melhorou, hoje me preocupo mais em não deixar ela só e isso as vezes me atrapalha quando quero resolver alguma coisa. Questão de dinheiro, graças a Deus todo mundo ajuda um pouco e dá para comprar os remédios dela. Eu fiquei pior quando ela estava na crise mesmo, não entendia porque ela estava daquele jeito. Olhei os braços da minha neta cheios de cortes e fiquei sem chão, chorava muito tentando entender. Às vezes penso que talvez não demos muita atenção pra ela quando o irmão morreu porque todos estavam sofrendo também. Só que ela era muito apegada a ele e ainda conhecia o rapaz que matou. Acho que pra ela foi bem pior e não percebemos. Me sinto culpada porque se tivesse prestado atenção logo no início, ela não estava tão mal a ponto de querer morrer. Ela começou a andar de blusa manga comprida o tempo todo para esconder as marcas dos cortes nos braços, mas nem percebi, esses adolescentes de hoje inventam moda e achei que era isso, nem passou pela minha cabeça que tivesse algo de errado. Se ela tivesse morrido acho que nunca iria me perdoar, sabe? (...) Tão bonita que minha neta é, tão inteligente... Pelo menos ela já parou com isso e os cortes até cicatrizaram.

P: O tratamento do CAPSi tem ajudado vocês?

M: Demais. Ela já melhorou muito, já tem outra aparência, tá mais calma. E ela melhorando, a gente melhora também né? Hoje estou mais tranquila em ver ela calma, mas mesmo assim ainda tenho medo e por isso, tenho tanto cuidado. Tenho fé que aqui ela vai ficar boa.

P: Você tem conhecimento sobre as atividades que ela participa aqui?

M: Sim, ela faz acompanhamento individual com psicólogo e terapeuta ocupacional e em grupo, faz oficina com psicopedagogo. E todo mês tem consulta com psiquiatra para ver os remédios.

P: Você gostaria de falar mais alguma coisa? Teria alguma sugestão? Fique à vontade.

M: Só que gosto demais daqui, dos profissionais. E sou muito grata pelo que fizeram com minha neta.

ENTREVISTA 3

P: Me fale um pouco sobre o porquê de seu familiar está sendo atendida aqui no CAPSi. Você tem conhecimento sobre a avaliação dada pelos profissionais?

M: A escola que me chamou para conversar e disse que ela precisava de consultas e exames, pois o comportamento dela estava estranho, sempre muito agressiva, impulsiva e não conseguia aprender nada, não acompanhava as outras crianças, vivia chorando pelos cantos. Tanto que ela já reprovou várias vezes. A diretora pediu pra eu marcar uma consulta com psiquiatra pra ver se seria alguma coisa e indicou o CAPSi. Ai vim aqui, marcamos a consulta, eu e a mãe dela, e o médico passou exames e disse que ela tem um retardo mental, que precisa de remédio e terapias. E também tá com início de depressão.

P: Como você recebeu a notícia do diagnóstico? Você entende o que é retardo mental?

M: Assim, eu sempre achei que ela não era como as outras crianças e todo mundo da família também percebia que ela não era normal. Ela demorou muito para andar, falar, não saber ler nem escrever, só que eu nunca tinha pensado em procurar o médico, achava que era falta de interesse mesmo na escola. Quando me falou sobre o que era, o médico explicou que toda essa dificuldade é por conta desse retardo mental, que ela sempre vai ser mais atrasada que as pessoas da idade dela. E desde pequena é assim mesmo, ela não entendia o que a gente falava, parecia meio lenta, as crianças da idade dela todas correndo, brincando na rua e ela ficava só olhando. Eu comentava sempre com a mãe dela que nunca tinha visto uma criança assim.

P: E em relação à depressão, você tem entendimento sobre o que seria?

M: Eu via ela chorando pelos cantos lá em casa e dizendo que queria morrer, mas como sempre ela faz isso depois que bato nela, achei que era para chamar atenção mesmo. Mas o médico disse que depressão é doença, então tá. No meu tempo não tinha essas coisas, a gente começava a trabalhar era cedo e não tinha nem tempo para sentir isso tudo.

P: Como tá sendo o tratamento dela aqui?

M: Ela tem consulta com o médico por causa do remédio e vem 1 vez por semana participar de atividades que vão ajudar a estimular ela.

P: Você tem conhecimento sobre essas atividades?

M: Tenho não. Eu deixo ela aqui e depois venho buscar, aproveito para ir resolver alguma coisa na rua porque é o dia quase todo.

P: E como você se sente em ter um familiar sendo atendido no CAPSi?

M: Ah, a V. é muito desobediente, ela tira a paciência de todo mundo. Acho bom ela tá aqui porque é um sossego pra mim. Ela grita, quer tudo do jeito dela, agressiva demais, bate nos irmãos, quebra as coisas. Eu tenho que tá sempre por ali. É difícil porque eu já estou de idade e fico agressiva também, não tenho paciência com ela e bato. Ai ela fica dizendo que vai se matar fazendo chantagem. Lá em casa é muita confusão porque ela implica com os irmãos e todo mundo, ela sempre tá mexendo com alguém. E tudo sou eu para resolver, tem dias que minha vontade é ir embora, não tenho mais idade pra lidar com gente assim não. Minha filha sabe que tenho outros netos para cuidar, mas ela não tem paciência e não ajuda, começa logo a chorar. A gente mora todo mundo junto, são 4 filhos meus e mais 3 netos, só que todo mundo trabalha e eu fico em casa com os meninos. O dia todo é eles gritando, brigando e me chamando para resolver, eu me canso demais.

P: O pai dela não é presente?

M: O pai dela só engravidou a mãe dela e sumiu. A mãe trabalha e eu que cuido dos filhos dela praticamente sozinha. Só quando eu preciso sair pra fazer alguma coisa que peço pra ela ficar com eles e ela fica, mas difícil acontecer isso. E ela precisa trabalhar mesmo porque já estou de idade, já trabalhei muito mas hoje não tenho mais condições, aí só sobra pra mim mesmo.

P: É cansativo pra você, não é?

M: Se é doutora, a senhora vê minha idade aqui. Eu tenho pressão alta, tomo remédio todo dia, nem posso tá me estressando assim, mas com esse monte de menino em casa não tem como, mas a pior é essa que tá aqui desse jeito, a menina é ignorante demais, me enfrenta, me responde e eu bato logo, não converso muito não. Ela chora, se tranca no quarto e fica quieta um pouquinho, depois já tá brigando de novo com os irmãos, ela é terrível. Lá não tem sossego não, só quando ela tá por aqui nas consultas dela.

P: Como é sua vivência diária?

M: Hoje em dia eu só cuido da casa e lido com essa menina, só isso. Às vezes no fim de semana eu gosto de ir na igreja, mas nem sempre dá certo porque não tem quem fique.

P: Você sente falta de ter contato com outras pessoas? De conversar, passear?

M: Eu já acostumei nessa vida, faz tempo que luto assim. Mas quando aparece alguém pra conversar é bom, até fico um pouco mais calma. Por isso gosto de ir pra igreja, porque eu vou sozinha e fico em paz.

P: Na sua opinião, qual o papel que a família desempenha no tratamento da sua neta?

M: Para ela se acalmar, eu tenho que dar o remédio direitinho, não pode faltar.

P: Então o papel da família na sua opinião é o de dar o remédio?

M: Dar o remédio e trazer para as consultas né? Não deixar faltar remédio senão ela entra em crise.

P: Você participa de alguma atividade oferecida pelo CAPSi para a família?

M: Não participo.

P: Porque?

M: Não tenho tempo de vim. No início a mãe dela veio algumas vezes mas parou por causa do trabalho. Não posso vim porque não tem quem faça as coisas em casa e também tem as outras crianças que moram comigo, que não tenho com quem deixar.

P: Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você no tratamento da V.?

M: Não sei lidar com esse comportamento dela agressivo de gritar muito, responder todo mundo. Não tenho paciência. Queria que ela fosse como os outros que seria mais fácil. Eu sei que não ajudo muito tratando ela assim, gritando também, batendo, mas é muita coisa pra eu

dar conta sozinha e para lidar com ela só se tiver muita paciência mesmo e não tenho de jeito nenhum. E outra dificuldade é que moro muito longe, fica difícil vim por causa do transporte, do dinheiro, sabe como é né? A gente não tem muito dinheiro aqui não, é tudo contadinho. Ai ela acaba faltando muito por isso, porque as vezes não tenho tempo, estou muito ocupada com as coisas de casa e outras não tenho dinheiro, mas trago quando posso.

P: O tratamento do CAPSi tem ajudado sua neta?

M: Eu acho que não ajudou, porque ela não fica calma, continua do mesmo jeito. Acho que ela vai ser assim para sempre.

P: E em relação a você, tem algo que você acha que o CAPSi poderia oferecer para ajudar você enquanto cuidadora?

M: Acho que não.

P: Para finalizar, você teria alguma sugestão para o tratamento no CAPSi?

M: Hum (...), deixa eu pensar... Não sei não, acho que aqui tem tudo o que precisa.

ENTREVISTA 4

P: Me fale um pouco sobre o porquê de seu familiar está sendo atendida aqui no CAPSi.

M: Minha filha começou a apresentar uns comportamentos que chamaram minha atenção em casa, primeiro foram uns desmaios do nada. Eu levei em uma pediatra e ela disse que era psicológico e me encaminhou para um psicólogo. Depois eu percebi que ela estava pegando dinheiro escondido de mim para comprar besteiras, principalmente comida. Ela estava com compulsão por compras e por comida, ela comia muito com muita ansiedade. O tempo todo ela queria comprar, ela pegou dinheiro até de colegas da escola para comprar bijuterias. Isso foi uma bomba para mim, fiquei muito decepcionada, sofri muito. Ela começou a ficar muito agitada, queria andar o tempo todo, não dormia, chorava muito, era muito agressiva, até que tentou suicídio por 3 vezes. Uma vez por enforcamento, outra se cortou com uma faca e outra tomou muitos remédios de uma vez só. Isso tudo em um curto período de tempo. Eu encontrei ela praticamente morta no quarto e levei pro hospital. Ela continuou só no psicólogo por um tempo, até que o psicólogo me chamou para conversar sobre um possível abuso sexual que ela teria sofrido na infância por um tio, irmão do pai dela. Sabe uma coisa que você nunca poderia imaginar? Eu fiquei sem chão, sem direção (pausa devido a emoção). Minha filha

sofrendo abuso dentro da minha própria casa? Eu não consigo me perdoar por isso. Mas o psicólogo pediu para eu não conversar com ela, que ela mesma iria me contar, que ela se sentia envergonhada e culpada. Depois de uns dias dessa conversa, ela teve o primeiro surto, enlouqueceu mesmo, de tirar a roupa, ver coisas, ouvir pessoas mandando ela se matar, louca mesmo... Eu levei ela no Nina Rodrigues e lá conseguiram controlar ela, ficou internada por três dias sendo medicada. Depois fomos para casa, ela medicada e desde então, temos dias difíceis, dias melhores, cheguei até a amarrar ela acredita? Porque ninguém segurava e ela só falava em se matar. Foi uma loucura, eu vivia assustada, em estado de alerta, sofri tanto que você não imagina. Eu dormia junto com ela com medo, tinha que esconder tudo que representava perigo pra ela. Até que ela teve outra crise pior ainda e voltou pro hospital. Essa crise que foi forte mesmo, não tinha quem conseguisse segurar ela, era uma força incrível, queria me agredir, nem me reconhecia. No Nina Rodrigues ela ficou novamente por 3 dias e explicaram que aqui no CAPSi tinha o tratamento que ela precisava e viemos atrás com o encaminhamento de lá, eles diagnosticaram com Transtorno Bipolar. No começo ela vinha 3 vezes por semana porque estava muito grave, hoje é uma vez.

P: Você tem conhecimento sobre a avaliação dada pelos profissionais? Entende o que é Transtorno Bipolar?

M: Não entendo muito bem não, mas eu já li algumas coisas. Sei que a pessoa muda muito de humor, uma hora tá agitada e outra tá pra baixo e assim que ela ficava mesmo. E quando tava agitada era muito agressiva, eu ficava em pânico. Aqui só me falaram mesmo que ela tinha esse problema e que precisava do tratamento direitinho, que os remédios e as terapias com psicólogo e terapeuta ocupacional iam ajudar ela a melhorar com o tempo. E ela já tá melhorando mesmo.

P: E sobre o tratamento oferecido aqui você entende?

M: Sim, eu sei que os medicamentos são necessários para controlar os sintomas e as terapias ajudam a deixar ela mais calma. Ela gosta da psicóloga, conversa muito com ela e sei que isso ajuda muito ela poder colocar para fora o que tá sentindo. Ela nunca quer vim, mas quando chega ela faz tudo direitinho, participa. Ela é muito fechada, sempre foi desde pequena, desconfiada sabe? Sempre acompanhei ela em tudo porque é muito apegada a mim, sempre fomos muito próximas, por isso fiquei tão mal quando ela não me reconheceu lá no hospital.

P: E como você se sente vivenciando isso tudo?

M: Minha filha, é horrível. Eu já cheguei a passar mais de mês sem dormir com medo dela fazer alguma coisa, eu ficava vigiando o tempo todo. Depois que ela entrou aqui, não teve mais crises, tá melhorando na escola, mas é muito difícil. Eu estou sempre vigiando ela, não saio mais de casa, vivo em função dela. E é algo que você não espera, ela sempre foi bem tratada, criei ela sozinha mas sempre com muito amor. No dia que vi minha filha transtornada, quebrando tudo, gritando, tirando a roupa, fiquei em choque mesmo, sem reação, parecia que não era minha filha ali (...) (choro) Lembrar dela naquele lugar, um monte de doido e minha filha lá no meio, foi muito sofrimento doutora.

P: Você consegue identificar qual sentimento surgiu ali?

M: Eu não sei se era vergonha, mas ficava pensando o que os vizinhos iam dizer depois que soubessem que minha filha tava fazendo tratamento no CAPSi. O povo tem preconceito demais e sei que minha filha sofre por isso. Tem muitos comentários maldosos por aí. É triste demais... e eu sem poder fazer nada pra ajudar. Eu faço de tudo para as pessoas não saberem que ela vem pra cá, quero proteger minha filha disso tudo.

P: Você já ouviu algum comentário maldoso?

M: Uma vez vi uns meninos perguntando se ela já tinha tomado o remédio controlado dela, com deboche sabe? Ela ficou envergonhada e muito zangada, queria bater neles. Queria muito proteger minha filha de tudo isso, mas não tem como porque o preconceito está em toda parte. Mas doutora, sabe o que mais me deixa pra baixo?

P: O que?

M: Minha filha quis morrer, doutora. A senhora já imaginou sua filha querer sumir da sua vida? Logo eu, que sempre fiz tudo por ela, lutei a vida toda para criar ela, dar o melhor, até porque sempre foi só nós 2, nunca tive ajuda de ninguém. Fico me perguntando o que eu fiz pra ela querer morrer assim, como seria minha vida sem ela? Acho que não iria aguentar, choro demais. Fico pensando isso quase todos os dias, me imaginando sem ela. Eu sei que o fato dela ter sido abusada contribuiu para esse sofrimento todo, mas até hoje não conversamos sobre isso porque quero esperar ela melhorar. Quero que ela saiba que estou do lado dela e quero pedir desculpas se errei em algum momento. Graças a Deus eu consegui salvar minha filha dessas tentativas de suicídio e tenho muita fé que ela vai se recuperar, que vai estudar, se formar, ter a família dela.

P: Como é seu dia a dia?

M: Eu acordo cedo, faço o café da manhã e acordo ela para ir para a escola. Depois vou deixar ela e volto para fazer o almoço e trabalhar, porque eu costuro em casa... e depois vou buscar. A tarde levo ou para a terapia ou para o judô e fico logo esperando. E a noite a gente assiste tv enquanto o sono vem. Ainda tem as outras coisas de casa que faço ou bem cedo ou depois que ela dorme. Enquanto ela tá acordada eu tô ali com ela sempre de olho. É muita correria, hoje tudo é em função dela.

P: Qual seu receio?

M: Sei lá, mesmo vendo ela melhor mas fico com medo dela tentar algo de novo.

P: E o pai dela?

M: Nunca vivemos juntos, apenas engravidei e ele nunca foi presente na vida dela, nunca me ajudou. Sempre foi eu e ela.

P: Mora só vocês 2 numa casa?

M: Não. Moro com minha mãe e meu irmão que é especial.

P: Na sua opinião, qual o papel que a família desempenha no tratamento de um adolescente com transtorno mental?

M: No meu caso, tudo sou eu. Vivo em função do tratamento dela, cuidado, vigio, não faço mais nada por mim, só por ela. Não tenho nem tempo de me cuidar direito, nem de fazer as coisas que eu gostava. Eu levo na escola, trago para as terapias, tenho cuidado para dar o remédio na hora certa e não faltar, levo para aula de judô porque a coordenação motora dela estava prejudicada por conta dos medicamentos, enfim, tudo para ela melhorar. Até porque se deixar por conta própria ela não vai fazer nada, até pela idade mesmo, que só tem 13 anos. Então acho que a família tem que fazer isso, porque essas pessoas assim precisam de ajuda, tem que ter paciência e carinho.

P: Você participa de alguma atividade oferecida pelo CAPSi?

M: Eu faço terapia familiar que me ajuda muito. Eu tenho orientações sobre como lidar com ela, tiro minhas dúvidas e é um espaço que eu tenho para desabafar, porque tem horas que é difícil vivenciar isso todo dia.

P: Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você diante do adoecimento e tratamento da sua filha?

M: Minha maior dificuldade é lidar com a ansiedade dela e também em conviver com o fato dela ter sido abusada e ter tentado suicídio várias vezes. É algo que me faz sofrer muito e me apego muito a Deus por isso, fico pensando se poderia ter feito algo para evitar. Tenho medo o tempo todo. Sinto angústia o tempo inteiro, choro muito, fico remoendo tudo que já aconteceu até aqui, fico tentando entender, buscando explicações, mas tem coisas que só Deus mesmo. Do jeito que lhe disse mesmo, eu busco respostas mas não encontro e isso me faz mal. Vejo ela tomando esse monte de remédios sabendo que não tem cura e fico péssima. Queria não me sentir culpada, mas sinto. Mãe é assim mesmo, a gente acha que tudo que acontece com os filhos é responsabilidade nossa, só que ao mesmo tempo sei que sempre fiz tudo por ela. Além disso, já sofri muito por causa de dinheiro porque os remédios são caros e não tinha condição para comprar. Hoje ela recebe aqui, mas as vezes falta e compro. A gente nunca passou dificuldade não, sempre vivemos bem, mas essa doença dela trouxe muitos gastos e a gente se apertou um pouco.

P: O tratamento no CAPSi tem ajudado você a lidar com essa situação?

M: Sim, tem ajudado muito. A equipe é atenciosa e ela vem melhorado muito, tá controlada e sem crises. Mas ela não quer vim de jeito nenhum, só que eu trago na marra porque é aqui que ela vai ficar boa.

P: Ela não gosta daqui?

M: Ela tem preguiça eu acho. Mas quando chega aqui ela participa direitinho. Acho que pela timidez dela mesmo, ela sempre foi na dela, sempre teve poucos amigos, não conversa muito, só se sente segura quando estou do lado dela.

P: Você teria alguma sugestão para o CAPSi em relação ao tratamento dos adolescentes?

M: Acho que não, eles têm um bom trabalho aqui e agradeço demais porque não teria condições de pagar o que ela tem aqui.

P: Você gostaria de falar mais alguma coisa?

M: Não querida, era só isso mesmo.

ENTREVISTA 5

P: Me fale um pouco sobre o porquê de seu familiar está sendo atendida aqui no CAPSi. Você tem conhecimento sobre a avaliação dada pelos profissionais?

M: Minha filha começou a passar mal na escola, me ligavam de lá pedindo para eu ir buscar e ela dizia que tinha ficado com muito medo, nervosa, a vista escura, tonta, com coração acelerado e suando frio. Isso foi acontecendo frequentemente até que a diretora da escola me chamou e pediu para eu vir procurar ajuda aqui. Ela passou por avaliação com psiquiatra e foi diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada e começou a fazer acompanhamento com os profissionais daqui.

P: Você conhecia o CAPSi?

M: Não. A diretora que me disse que aqui trata de gente nervosa assim que nem ela. E vim com muita fé que aqui vão ajudar minha filha a ter uma vida normal porque as coisas que as pessoas da idade dela fazem, ela não faz. Ela não tem amigos, não tem namorado, não sai para lugar nenhum, não consegue viver a vida dela, é só trancada num quarto sentindo medo e nervosa.

P: E como foi receber esse diagnóstico? Você entende o que é esse transtorno?

M: Não entendo muito bem não, mas sei que é quando a pessoa tem muito nervosismo e medo, tipo ela tem. Eu fiquei meio sem querer acreditar no começo, porque achava que dava pra ela melhorar sozinha, ocupando a cabeça.

P: Você já havia percebido alguma alteração de comportamento em casa?

M: Ela sempre foi nervosa, desde pequena. Sempre teve medo de tudo, nunca saía sozinha para comprar alguma coisa que eu pedisse, não tomava banho sozinha a noite, essas coisas. Mas geralmente menino é assim mesmo, né? Eu fazia era brigar com ela. Mas com o tempo foi só piorando, ela ficava até com falta de ar só de nervosa, parecia que ia morrer. Só que em casa não era tão frequente como na escola, sempre que ela tinha que falar algo na frente dos outros alunos ela passava mal, quando a professora falava com ela, era bem frequente.

P: Como você se sente em ter uma filha em tratamento aqui no CAPSi?

M: Me sinto muito triste, ficava muito mal quando ela tinha as crises e eu não podia fazer nada. Eu dizia pra ela controlar, que era coisa da cabeça dela, mas não adiantava. Hoje ela está bem melhor, é tranquila, não briga com o irmão, gosta de ver TV, só me dá trabalho quando está em crise porque fica muito agitada. Mas não é a mesma coisa de uma pessoa normal né? Você fica sempre com aquela sensação que a qualquer momento ela pode passar mal, tô sempre preocupada, não fico em paz não.

P: Essas crises são frequentes?

M: Não muito, melhorou demais depois do remédio que ela toma.

P: E o que você faz nos momentos de crise?

M: Antes eu brigava, manda ela parar com essas besteiras. Mas agora eu peço pra ela respirar fundo, tento acalmar ela, porque se é doença, então tenho que ter paciência, não adianta. Mas quando paro para pensar não tem como não ficar triste porque ela sofre com isso e eu acabo sofrendo também por ver ela assim. Ela tem medo de passar mal de novo, já fica na expectativa sabe? Mas ainda bem que nunca mais aconteceu.

P: Como é o dia a dia de vocês?

M: Eu tenho ela e mais 1 filho de 15 anos, então eu cuido da casa e deles. Principalmente dela, porque tem q ver os horários dos remédios, se ela some um pouco vou atrás pra ver se não tá passando mal, é um trabalho a mais, pense. Ela vai para a escola e volta pra casa, não sai para outro lugar não porque não deixo. Ela vai sempre com o irmão, não gosta de andar sozinha de jeito nenhum.

P: E como vem o sustento da casa?

M: Sou diarista e tiro uns 2 ou 3 dias da semana para trabalhar, ai eles ficam sozinhos em casa, é o jeito. Antes trabalhava a semana toda, mas agora não tem como, porque tenho que ficar de olho nela. É difícil porque agora tô mais apertada sabe? Mas vamos vivendo.

P: O pai dela não ajuda?

M: Que nada. Separamos faz tempo e ele quase não aparece para ver eles.

P: E como seus filhos lidam com isso? O que você percebe?

M: Eles nunca foram acostumados com ele, então nem sentem falta. Se pudessem escolher claro que queriam ter um pai presente, mas eles não me falam nada.

P: Na sua opinião, qual o papel que a família desempenha no tratamento?

M: Na verdade, eu não sei bem. Acho que o tratamento depende dos profissionais daqui e eu como mãe busquei a ajuda. Mas o que eu poderia fazer para ajudar assim, eu não sei dizer e nunca me disseram também. (risos) Só que o que eu posso fazer, eu faço.

P: Você participa de alguma atividade oferecida pelo CAPSi?

M: Não, nunca participei.

P: Porque?

M: Nunca me chamaram não.

P: E você tem conhecimento das atividades que sua filha participa?

M: Eu sei que ela é atendida pela psicóloga, mas os outros não sei não, acho que é com a terapeuta ocupacional.

P: Você tem contato com os profissionais?

M: De vez em quando eles chamam para saber do comportamento dela em casa.

P: Quais as maiores dificuldades enfrentadas por você diante do adoecimento e tratamento da sua filha?

M: Quando ela adoeceu eu passei um tempo para buscar ajuda, achava que era uma fase que ia passar. A gente não quer aceitar que nosso filho está doente, é difícil. Tanto que tentei demais fazer ela melhorar só conversando mesmo e até brigando, como já te disse. Mas a dificuldade é que moro longe para trazer para cá, temos que sair muito cedo de casa. Então é um trabalho a mais que tenho, mas trago porque espero que ela fique boa.

P: O tratamento no CAPSi tem ajudado você a lidar com essa situação? E a sua filha também?

M: Sim, aos poucos ela está melhorando na escola, não está tão agitada, o medo diminuiu muito também. Nossa casa tá mais tranquila. Mas ela não deixou de ser nervosa não, só que pelo menos não teve mais as crises pesadas de ficar quase morrendo.

P: Quais as expectativas que você possui diante do seu tratamento?

M: Espero que ela fique boa porque o médico disse que aqui é para tratar só esses casos e acho pouco tempo para ela já ter melhorado bastante de como era.

P: Você teria alguma sugestão para o tratamento daqui?

M: Eu não entendo dessas coisas, nem tenho como dar opinião. Mas eu acho que eles são dedicados sabe? Não tenho o que reclamar não.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Apresentação da UFMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Avenida dos Portugueses, s/n – Bacanga – 65.080-040 São Luís (MA)
Fone: (98) 3272- 8366

Ofício nº 31/2016

São Luís, 20 de dezembro de 2016.

Da Coordenação do Mestrado Acadêmico em Psicologia da UFMA
À Sr^a Janicelma Fernandes – Diretora do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi
Assunto: Autorização para execução de pesquisa

Senhora Diretora,

Considerando que a pesquisa é um caminho para a construção de conhecimento e informações, e servindo de subsídios para a melhoria do mundo científico, tecnológico e cultural, solicitamos a V.Sa. autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: “VIVÊNCIAS COTIDIANAS DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi”, a ser realizada pela Prof^a. Dra. Jena Hanay Araujo de Oliveira (Orientadora - PPGPSI/UFMA) e pela aluna Nivea Rodrigues dos Santos do Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, com o seguinte objetivo: Investigar as vivências cotidianas de familiares de adolescentes atendidos no CAPSi. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Prof (a). Dr (a) Carla Vaz dos Santos Ribeiro
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia PPGPSI

Carla Vaz S. Ribeiro
Coordenadora
Programa de Pós-Graduação
em Psicologia
Mat. 7537-0

SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde:
Ensino, Pesquisa e Extensão
Jane 15.11.16
Silvia Oliveira
Mat. 35940-4

ANEXO B – Declaração de Autorização para Pesquisa

SÃO LUÍS

PREFEITURA DE SÃO LUIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o aluno (a)
Nivea Rodrigues dos Santos está

autorizado (a) a coletar dados, para a realização do projeto:

Vivências cotidianas de familiares de usuários de um
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi

na Unidade CAPSi de nossa

Rede de Saúde. O Projeto deverá ser submetido a um Comitê de e Ética,
em Pesquisa e após aprovação, em posse dom parecer
Consubstanciado, será emitida autorização para o início da pesquisa.

São Luís, 20 de dezembro de 2016.

Atenciosamente,

SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde
Estácio, Pesquisa e Extensão

Jane Eira Silva Oliveira
MAT. 25940-4

ANEXO C – Carta de Anuência



PREFEITURA DE SAO LUIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do Projeto intitulado Vivências cotidianas de familiares de usuários de um Centro de Atenção sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do(a) professor(a) Psicossocial Intersetorial - CAPSi Jana Hanay Araújo de Oliveira ou a quem ele(a) conceder autorização, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizada nesta Instituição, que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de:

- | | |
|---|--|
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> Entrevistas | 5. <input type="checkbox"/> Fotografias |
| 2. <input checked="" type="checkbox"/> Acesso a Prontuários | 6. <input type="checkbox"/> Testes Laboratoriais |
| 3. <input type="checkbox"/> Filmagens | 7. <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| 4. <input checked="" type="checkbox"/> Questionários | |

Com os seguintes sujeitos:

1. Usuários
2. Profissionais
3. Outros Familiares

Fica condicionada essa anuência à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, podendo ser revogada a qualquer momento, sem prejuízo para Instituição, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luís-MA, 20/12/16.

SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde
Estáreo, Pesquisa e Extensão
Jana Hanay Araújo de Oliveira
Mat. 380857-1

Janicelma Fernandes de Sousa
Mat. 380857-1
Diretora Geral
CAPSi
Mat. 380857-1
Janicelma Fernandes
Diretora Ge
CAPSi
Mat. 380857-1

Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000, Parque do Bom Menino – Centro / São Luís-MA - CEP. 65.025-180

Fone: 98 3214 7347/7314 – e-mail: sedssemussl@gmail.com