

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

LEANNE MARIA FERREIRA DIAS

**A VIVÊNCIA DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE UM CAPS
INFANTOJUVENIL: contribuições da Logoterapia**

São Luís

2018

LEANNE MARIA FERREIRA DIAS

**A VIVÊNCIA DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE UM CAPS
INFANTOJUVENIL: contribuições da Logoterapia**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia com Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof.^a Ms.^a. Francisca Pereira da Cruz Zubicueta.

São Luís

2018

Dias, Leanne Maria Ferreira.

A vivência de familiares cuidadores de usuários de um CAPS infantojuvenil : contribuições da Logoterapia / Leanne Maria Ferreira Dias. - 2018.

88 f.

Orientador(a): Francisca Pereira da Cruz Zubicueta.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. CAPSi. 2. Crianças e adolescentes. 3. Familiares cuidadores. 4. Logoterapia e Análise Existencial. 5. Saúde mental. I. Zubicueta, Francisca Pereira da Cruz. II. Título.

LEANNE MARIA FERREIRA DIAS

**A VIVÊNCIA DE FAMILIARES CUIDADORES DE USUÁRIOS DE UM CAPS
INFANTOJUVENIL: contribuições da Logoterapia**

Monografia apresentada ao curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de bacharel em Psicologia com Formação de Psicólogo.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Ms^ª. Francisca Pereira da Cruz Zubicueta
Universidade Federal do Maranhão
(Orientadora)

Ms^ª. Tatiana Oliveira de Carvalho
(Instituto Geist)

Prof^ª Dr^ª. Cristianne Almeida de Carvalho
Universidade Federal do Maranhão

A todos os familiares cuidadores que permitiram que eu conhecesse um pouco da sua história e à minha mãe, que tanto lutou, para que eu e a minha irmã tivéssemos uma educação de qualidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força, nos momentos mais difíceis!

À minha mãe, Leonita, exemplo de ser humano! Obrigada por todos os cuidados, dedicação, ensinamentos e amor! Sem você nada disso seria possível!

À minha irmã, companheira de vida e de conversas filosóficas! Obrigada por tudo, Bia.

Ao meu pai, Expedito, agradeço pelo incentivo e por todas as caronas até o CAPSi e a casa da professora Francisca!

Ao Wilton, meu amor, obrigada pela paciência, principalmente, nesses últimos meses em que estive ausente. Agradeço pela ajuda, força e por sempre acreditar no meu potencial!

Agradeço a Jóine e Julliana, duas joias raras que ganhei de presente através da Psicologia. Obrigada meninas, por sempre me encorajarem e escutarem minhas lamentações! Foi um prazer todos esses anos ao lado de vocês.

À Francis, que se tornou uma grande amiga! Agradeço pela belíssima amizade, pelas conversas e por compartilharmos juntas algumas angústias.

À Ana Luísa, que durante o estágio nos aproximamos tanto e por estarmos vivendo o mesmo momento acadêmico dividimos muitas alegrias e tristezas.

À Talitha, que já conheci na reta final do curso de Psicologia, agradeço pelo carinho e sorriso sempre gentil.

À Ana Maria, amiga querida, que mesmo longe sempre buscou me incentivar.

À professora Francisca Cruz, minha orientadora, que aceitou me orientar nessa temática. Obrigada por todo carinho, palavras de conforto e incentivo. Foi um prazer ter conhecido alguém tão alegre e feliz.

Ao professor Lucas Sá, pela dedicação na coordenação de Monografia e ajuda sobre como utilizar a Plataforma Brasil.

À toda minha família, amigas, “Meninas Super Poderosas” e amigos que de algum modo sempre torcem por mim!

À LAPS, por ter me proporcionado conhecer o CAPSi.

Ao CAPSi da cidade de São Luís por permitir a realização da pesquisa.

A todas(os) as(os) professoras e professores que conheci ao longo desses cinco anos e que contribuíram para a minha formação.

À Rogener Almeida, minha terapeuta, que me ajudou a enxergar um campo de possibilidades!

Todas essas pessoas queridas, ajudaram com que eu chegasse até aqui, por isso, meu Muito Obrigada!

RESUMO

A atual política pública de saúde mental brasileira preconiza a participação da família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. No campo da atenção à saúde mental infantojuvenil, a literatura aponta que cuidar de uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico traz algumas implicações para a dinâmica familiar e, principalmente, para a vida da pessoa que fica responsável pelos cuidados. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é analisar como familiares cuidadores de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial. Buscou-se discutir as contribuições da visão de homem desse sistema teórico, sobretudo, através da perspectiva da dimensão noética e do exercício de valores. Para alcance do objetivo, foi realizada uma pesquisa qualitativa, através de entrevista semiestruturada com familiares cuidadores de usuários do CAPSi da cidade de São Luís-MA. O referencial de análise de dados utilizado foi a análise de conteúdo na modalidade temática. Os resultados do estudo indicaram que a vivência desses familiares cuidadores é atravessada por dificuldades. Ao mesmo tempo, foi possível identificar, através dos relatos, a capacidade humana de autotranscender, quando esses familiares esquecem um pouco de si mesmos e se dedicam a tarefa de cuidar do outro. Verificou-se também o exercício de valores vivenciais e atitudinais. Acredita-se que, o olhar da Logoterapia, traz uma interessante contribuição para a compreensão da vivência desses familiares, por enxergar o homem como um ser capaz de encontrar sentido mesmo diante de situações desafiadoras.

Palavras-chave: CAPSi. Crianças e adolescentes. Familiares cuidadores. Logoterapia e Análise Existencial. Saúde Mental.

ABSTRACT

The current public policy of Brazilian mental health advocates the participation of the family in the care of the person in psychological suffering. In the field of attention to children's mental health, the literature points out that caring for a child or adolescent in psychological suffering has some implications for family dynamics and, especially, for the life of the person who is responsible for care. Thus, the objective of the present study is to analyze how family caregivers of users of a Psychosocial Child and Adolescent Care Center (CAPSi) experience having a family member in psychic illness based on the assumptions of Logotherapy and Existential Analysis. We sought to discuss the contributions of man's vision of this theoretical system, especially through the perspective of the noetic dimension and the exercise of values. To achieve the above goal, a qualitative research was conducted through semi-structured interviews with family caregivers of CAPSi users in the city of São Luís-MA. The data analysis benchmark used was content analysis in the thematic modality. The results of the study indicated that the experience of these family caregivers is crossed by difficulties. At the same time, it was possible to identify, through the reports, the human capacity to self-transcend, when these family members forget a little of themselves and dedicate themselves to the task of taking care of the other. The exercise of experiential and attitudinal values was also verified. It is believed that, the sight of the Logotherapy, brings an interesting contribution to the understanding of the experience of these relatives, to see the man as a being able to find meaning even in the face of challenging situations.

Keywords: Mental Health. Family caregivers. Children and adolescents. CAPSi Logotherapy and Existential Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação da 1ª Lei da Ontologia Dimensional.....	33
Figura 2: Representação da 2ª Lei da Ontologia Dimensional.....	34
Quadro 1: Caracterização dos familiares cuidadores	49
Quadro 2: Caracterização dos usuários do CAPSi	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conferência Nacional de Saúde Mental
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SMCA	Saúde Mental para Crianças e Adolescentes
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL	15
2.1 Breve histórico da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil ...	15
2.2 Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes no século XXI.....	17
2.3 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi).....	19
2.4 Princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil.....	21
2.5 Alguns desafios à política de Saúde Mental Infantojuvenil.....	23
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL	25
3.1 Inserção da família na atenção à saúde mental.....	25
3.2 Pesquisas envolvendo familiares cuidadores de crianças e adolescentes em sofrimento/ adoecimento psíquico	29
4 LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL	32
4.1 Pilares da Logoterapia.....	32
4.2 Categorias de valores.....	37
4.3 Recursos noéticos	39
4.4 Considerações sobre família e Logoterapia.....	41
5 OBJETIVOS	43
5.1 Objetivo Geral.....	43
5.2 Objetivos Específicos	43
6 METODOLOGIA E MÉTODO	44
6.1 Tipo de pesquisa.....	44
6.2 Instrumentos e materiais.....	44
6.3 Participantes da pesquisa.....	45
6.4 Local de Pesquisa	45
6.5 Procedimentos gerais e éticos.....	46
6.6 Referencial de análise do material	47
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
7.1 Apresentação das Categorias.....	51
7.1.1 Da desconfiança inicial à certeza	52
7.1.2 Ser familiar cuidador de uma criança ou adolescente em sofrimento/adoecimento psíquico	60
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	81

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	82
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
ANEXOS	86
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SEMUS.....	87

1 INTRODUÇÃO

Desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, muitos avanços foram conquistados no âmbito das políticas públicas de saúde mental. Um exemplo marcante, é que a família passou a ser um eixo fundamental dentro dessa política, atuando como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros. Essa é uma importante mudança advinda das lutas antimanicomiais, posto que, anteriormente o sujeito que enfrentava problemas psíquicos era isolado do ambiente familiar (DIMENSTEIN et al., 2010). A inserção da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico¹, fez com essa passasse a discutir e trocar informações com a equipe e com outros familiares (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Nesse cenário de mudanças, outro componente fundamental é a criação dos “serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico”, como os hospitais-dia, ambulatórios de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços são pautados no modo de atenção psicossocial, que enxergam o usuário do serviço de saúde mental como um sujeito “biopsicosociocultural”. Diferentemente do modelo hospitalocêntrico e asilar, que perdurou por muitos séculos, cuja instituição principal era o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005b; COSTA-ROSA, 2000).

Dentro da política atual, o CAPS é um lugar de referência e tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico grave. Atua em um papel estratégico dentro da rede de atenção à saúde mental, realizando o direcionamento das políticas e programas de saúde mental no território em que faz parte. Ressalta-se que um dos objetivos desse dispositivo “é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços”, uma vez que, “os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo [...]” (BRASIL, 2004, p. 29).

No que tange a atenção psicossocial de crianças e adolescentes no Brasil, a literatura aponta que durante muitos anos inexistiu uma política pública de saúde mental específica para esse público e foi no século XXI que surgiram as primeiras propostas dirigidas a crianças e adolescentes. A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) fomentou diversas discussões que auxiliaram no desenvolvimento de uma política pública de saúde mental destinada a esse público. É no ano de 2002 que temos a criação oficial dos Centros de

¹ Dentro do campo da saúde mental e atenção psicossocial opta-se pela terminologia “sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental”. De acordo com Amarante (2007, p. 68), “a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito”.

Atenção Psicossociais infantojuvenis, que se designam ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, onde a família também é vista como “protagonista” no tratamento desses sujeitos (Brasil, 2005a), atuando como corresponsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2002b; COUTO; DELGADO, 2015; RIZZINI; LEITE; MENEZES, 2013).

Alguns autores têm se dedicado a investigar e analisar as experiências dos familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico psiquiátrico ou que estejam sendo atendidas por serviços de saúde mental. De acordo com Rizzini, Leite e Menezes (2013), os familiares vivenciam um período de angústia enquanto buscam por tratamento para o familiar em adoecimento e também apresentam uma dificuldade em aceitar a existência de algo que foge ao “esperado” na criança ou adolescente. O estudo realizado por Falavina e Cerqueira (2008), com familiares responsáveis por usuários de um CAPS infantojuvenil na cidade de São Paulo, apresentou como resultado uma sobrecarga emocional em algumas mães e a existência de preconceitos dentro da própria família com relação ao filho que está em tratamento no CAPSi. Farias (2016, p. 93) também realizou uma pesquisa com familiares cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com “transtorno mental”, onde aponta um desgaste físico e emocional dessas pessoas e a “falta de apoio no interior do grupo familiar apareceu como um relato recorrente”.

Portanto, diante do que foi exposto, o objetivo desse trabalho é analisar como esses familiares cuidadores vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial. Através da visão de homem dessa teoria, que buscamos nos aproximar dessa experiência.

A Logoterapia, proposta por Viktor Emil Frankl (1905-1997), é um sistema teórico que possui três fundamentos principais: a liberdade da vontade humana – capacidade humana de escolher e se posicionar frente aos diferentes contextos ou condições apresentadas na vida; a vontade de sentido – a motivação primária do homem na vida; sentido da vida – crença de que existe um sentido único para cada pessoa em determinada situação (FRANKL, 2011).

Para a realização de sentido, Frankl (1989; 2011) nos apresenta alguns caminhos: valores criadores – aquilo que o homem oferece ao mundo; valores vivenciais – aquilo que o homem recebe do mundo e valores atitudinais. O último, diz respeito a capacidade do homem de tomar uma atitude, de escolher como enfrentar determinada situação e de encontrar sentido mesmo diante de um sofrimento inevitável ou de um destino que não pode ser modificado. Segundo Frankl (1989, p. 82), quando o homem se defronta com o “estreitamento das suas possibilidades, abre-se um novo e específico reino de valores que sem dúvida alguma se conta entre os mais altos”.

O autor integra o homem em uma “unidade biopsiconoética”, o homem então, é constituído pela dimensão psíquica, biológica e noética. É nessa dimensão noética que situamos duas características “especificamente humanas”: o autodistanciamento e a autotranscendência. A primeira, permite que o homem se distancie de determinada situação desafiadora e consiga enxergar possibilidades; a segunda, é a capacidade humana de transcender a “si mesmo tanto em direção a outro ser humano, quanto em busca do sentido” (FRANKL, 2011).

Em relação a família, a Logoterapia também apresenta uma postura afirmativa e positiva. De acordo com Lukas (1990), a família é compreendida como o “centro gravitacional do amor”, sendo um lugar em que as pessoas buscam amparo, refúgio, proteção, carinho e amor. Agora, para que esse centro se mantenha com essas características, é importante que cada membro se oriente por um sentido e quando as adversidades ou problemas “baterem à porta”, consigam fazer disso uma oportunidade para tornarem-se mais fortes.

Diante do que foi exposto, pode-se questionar: como os familiares de crianças e adolescentes em adoecimento psíquico enfrentam essa situação? Como se posicionam diante de algo factual? Como podemos perceber a capacidade de autodistanciamento e autotranscendência? E o exercício de valores? Como a Logoterapia pode contribuir para compreender essa vivência?

O interesse em realizar essa pesquisa partiu do entendimento de que uma criança ou adolescente em sofrimento psíquico pode trazer mudanças na dinâmica familiar e, por vezes, o cuidado fica destinado a uma única pessoa da família, podendo acarretar em sofrimento. Acrescenta-se que o que despertou a curiosidade de estudar mais sobre esse grupo foram observações realizadas no CAPSi da cidade de São Luís – MA através de atividades de Extensão da Liga Acadêmica de Psicologia e Saúde da Universidade Federal do Maranhão, onde se questionou como os familiares cuidadores que frequentam essa instituição vivenciam ter um membro da família em sofrimento psíquico.

No que diz respeito a escolha da Logoterapia, a minha aproximação com esse sistema teórico ocorreu desde o 4º período do curso de Psicologia, através da participação no Grupo de Estudos em Logoterapia e Análise Existencial, coordenado pela professora Francisca Cruz, fazendo com que meu interesse em me aprofundar nessa abordagem aumentasse. A partir da ideia de escrever a monografia, com uma temática relacionada ao campo da saúde mental, comecei a me questionar se seria possível trazer o olhar da Logoterapia. Nesse processo, iniciei um levantamento de pesquisas que pudessem estar relacionando essa abordagem e temas que envolvem a saúde mental no Brasil. Por meio dessa breve pesquisa em base de dados, encontrei poucos trabalhos nessa direção. Isso se colocou como um desafio e ao mesmo tempo uma

motivação, por poder realizar um trabalho apresentando o olhar dessa abordagem, que na minha percepção pode trazer um novo ângulo sobre a vivência dos familiares cuidadores.

Para o alcance do objetivo do estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como instrumento a entrevista semiestruturada, com familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes que frequentam o CAPSi da cidade de São Luís. A realização dessa pesquisa pode contribuir para melhor compreensão sobre a vivência de familiares cuidadores de usuários do CAPSi. Assim como, há a possibilidade de se fornecer conhecimentos para melhor assistência dessas pessoas, que são corresponsáveis pelo cuidado de crianças e/ou adolescentes atendidas em um CAPSi, através da teoria da Logoterapia e Análise Existencial que vem se inserindo e contribuindo em diversas áreas da Psicologia.

Esse trabalho encontra-se composto: por essa introdução, em que se apresentou a temática proposta, alguns conceitos principais e a relevância do estudo; o referencial teórico, no qual expomos a fundamentação que subsidia a escrita da monografia; o objetivo geral – o que se pretende alcançar e os objetivos específicos; a metodologia e método – o caminho realizado durante a pesquisa; resultados e discussão – em que se discorre sobre os achados do estudo e diálogo com a teoria; por fim, as considerações finais – com o apanhado geral do estudo realizado.

2 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO BRASIL

Tomaremos de empréstimo o conceito de Política apresentado por Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2016, p. 33) em que a compreendem como:

[...] o conjunto de princípios, diretrizes e normas que regulamentam as práticas sociais e a gestão dos bens públicos, em função de um bem individual e coletivo (seja a saúde, a educação, a justiça, a cultura, etc.) – é fruto do reconhecimento e da afirmação dos direitos e das necessidades dos sujeitos. Portanto, toda Política, no Estado Democrático de Direito, é fruto de um processo histórico e de construção para a superação de vácuos ou de regulamentações para garantir e proteger os direitos humanos fundamentais.

Observaremos que a Política de Saúde mental infantojuvenil se constituiu no Brasil a partir de algumas mudanças políticas e da necessidade de uma política específica para crianças e adolescentes em sofrimento ou adoecimento psíquico². Para Amstalden, Hoffman e Monteiro (2016), o desenvolvimento da atual política busca a superação de um modo de cuidar de crianças e adolescentes com transtornos mentais de base asilar e institucionalizante que perdeu por muitos anos. Desse modo, para melhor compreensão de como foi possível a construção de princípios e diretrizes com base na proteção dos direitos humanos e como tal política se caracteriza no século XXI, em nosso país, alguns marcos históricos dessa caminhada serão apresentados.

2.1 Breve histórico da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil

Tendo em vista os limites do presente estudo fizemos um recorte histórico que engloba o período da República brasileira.

De acordo com Couto e Delgado (2015), antes do século XXI não existia no Brasil uma proposta de Política de Saúde Mental pautada em um modelo de base territorial e direcionada especificamente ao público infantojuvenil. As intervenções realizadas, geralmente eram desenvolvidas pelo setor da assistência social e da educação. Os autores esclarecem que “[...] a ausência dessas políticas não constituiu impedimento para que uma série de intervenções de cunho assistencial, sob a chancela do poder público, incidisse sobre crianças e adolescentes com problemas mentais” (p. 23). Enfatiza-se que um traço marcante no período de 1920 a 1980 era a “institucionalização” de crianças e adolescentes pobres, abandonadas, com algum tipo de deficiência e que possuíam algum problema mental (BRASIL, 2014).

² Nesse trabalho optou-se pelas terminologias sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

Nas primeiras oito décadas da República brasileira, os problemas mentais de crianças e adolescentes não eram vistos com importância e a atenção das autoridades estava voltada para a “pobreza”, tanto material quanto moral. Inclusive, existia uma noção de que esses problemas podiam ser “efeitos extremos da pobreza e do abandono”. Nesse contexto, as intervenções propostas tinham um objetivo de “correção”, onde inúmeras crianças e adolescentes eram enviadas para educandários e reformatórios (COUTO; DELGADO, 2015, p. 26).

Assumpção (1995) apud Reis et al. (2016a), corrobora com essa ideia ao afirmar que existia um forte controle do comportamento das crianças com o intuito de que se adequassem às normas sociais. A própria medicina infantojuvenil tinha um caráter de “disciplina moral e social” (p. 120). Ainda nesse contexto, temos a influência do movimento higienista nas questões referentes a saúde mental de crianças e adolescentes em meados da década de 1920. No ano de 1922 é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) pelo psiquiatra Gustavo Reidel (1887-1934), cujo objetivo era “prevenir os transtornos mentais antes que seus portadores chegassem aos hospitais”. A LBHM caracterizava-se por disseminar ideias de “prevenção, de educação e profilaxia” visando o ajuste do indivíduo a um padrão social (REIS et al., 2016, p. 121).

Destaca-se, segundo Reis et al. (2016a), que de modo geral a temática sobre os problemas mentais infantojuvenis era tratada de maneira imbricada a questão da deficiência e, por vezes, da delinquência. Diante disso, cabe apresentar dentro desse breve percurso histórico, um marco do campo jurídico que trouxe fortes contribuições para as intervenções em saúde mental de crianças e adolescentes durante as décadas que se seguiram. Trata-se do “Código de Menores” proposto por Melo Matos em 1927 que fez referência à saúde mental desse público. Vejamos o trecho evidenciado por Reis et al. (2016a, p. 123):

No seu artigo 68 do capítulo VII, o Código explicita que “se o menor sofrer de qualquer forma de alienação ou deficiência mental, for epilético, surdo-mudo, cego ou por seu estado de saúde precisar de cuidados especiais, a autoridade ordenará que seja submetido ao tratamento apropriado”.

Nesse mesmo período, diferentes instituições surgiram no Brasil com o objetivo de atender e receber crianças denominadas como deficientes. Como exemplo, temos o “Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico”, criado no ano de 1929, em Minas Gerais por Helena Antipoff (RIBEIRO, 2006 apud REIS et al., 2016).

A mudança no olhar sobre a infância e a adolescência começa a se concretizar a partir de algumas transformações políticas e sociais no Brasil, em que se destaca o processo de redemocratização do país e a Constituição de 1988. Saindo um pouco do campo da saúde mental temos dois acontecimentos importantes: a Convenção Internacional sobre os Direitos da

Criança, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989 que traz a concepção da criança como “sujeito e cidadão de plenos direitos”. E no ano de 1990 é promulgado no Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que busca assegurar a proteção e o direito desses sujeitos (COUTO; DELGADO, 2015, p. 21).

No aspecto mais geral da política de saúde mental temos a promulgação da Lei 10.216 na qual “a saúde mental passou a constituir-se como uma política de Estado ancorada na defesa dos direitos de cidadania dos pacientes mentais e não apenas como um programa de governo” e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Essa última é destacada por ter propiciado o início do planejamento de uma política de Saúde Mental para crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015, p. 20-21).

O estudo realizado por Couto e Delgado (2015) defende a ideia de que somente no início do século XXI é que podemos afirmar a existência do desenvolvimento de uma política de SMCA, que se pauta na noção desses como sujeitos de direito. Vejamos então, os primeiros passos de construção dessa política.

2.2 Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes no século XXI

Como já citado, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental é considerada um marco para o campo da saúde mental infantojuvenil, pois trouxe um conjunto de discussões e decisões que se encaminharam para a estruturação de uma política pública de saúde mental que buscasse atender crianças e adolescentes em sua singularidade, tendo a cidadania, o direito, a proteção e a atenção psicossocial como base da construção dessa política (COUTO; DELGADO, 2015).

Podemos destacar algumas das principais propostas estabelecidas nesse encontro e que constam no Relatório elaborado a partir dessa Conferência (BRASIL, 2002a):

- Criação de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes e do CAPS infantil, tendo como base “os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Criança e do Adolescente” (p. 57);
- Execução, por parte dos CAPS infantojuvenis e de outros dispositivos substitutivos, de projetos de “desinstitucionalização de crianças e adolescentes internados em manicômios ou abrigos públicos, filantrópicos ou privados” (p. 58);
- Construção de espaços em que se possa discutir sobre a política de saúde mental infantojuvenil com outros setores que se fazem pertinentes como educação, assistência social e direito.

- Realizar um “mapeamento dos serviços existentes”, assim como, caracterizar o perfil dos usuários de serviços de saúde mental.

Esses são alguns dos direcionamentos propostos a partir da III CNSM e que trouxeram significativas contribuições para o campo da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. É possível notar uma explícita referência a criação dos CAPS infantojuvenis. Isso se concretizou por meio da portaria GM/MS n° 336 de 19 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre as modalidades dos Centro de Atenção Psicossocial. Dentre essas, temos os Centros de Atenção Psicossocial para a infância e a adolescência (CAPSi) que se caracterizam por serem dispositivos estratégicos na rede de atenção à saúde mental infantojuvenil (BRASIL, 2002b).

Já no ano de 2004, o Ministério da Saúde cria, através da Portaria GM/MS n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004, o “Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes”. Esse Fórum tem o objetivo de se constituir como um espaço de discussão, cujo principal tema é a SMCA. As reuniões possibilitam o encontro de profissionais e gestores de diferentes campos, como assistência social, justiça, direitos e educação que fazem um trabalho intersetorial com a rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Dentre as suas principais atribuições, podemos destacar: o propósito de ser um incentivo para a realização de fóruns estaduais voltados para essa temática; o intuito de “estabelecer diretrizes políticas nacionais” para o campo da SMCA; ser um espaço de diálogo entre os diversos setores que “atuam” no campo da SMCA; contribuir com a construção de conhecimento que deve ser disseminado a gestores e profissionais (BRASIL, 2005a).

É importante esclarecer que atualmente os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) estão inseridos dentro da “Rede de Atenção Psicossocial” (RAPS) que foi instituída pela Portaria MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 e que “prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS”. A RAPS objetiva possibilitar que a população tenha acesso à atenção psicossocial através da “articulação” e “integração” dos serviços de atenção à saúde inseridos no território. Destaca-se que essa Rede se encontra organizada em alguns outros componentes, além do CAPS. Apresentaremos aqueles que se mostram fundamentais à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014, p. 29).

a) A Atenção Básica (AB) é um desses componentes em que os profissionais podem realizar ações de promoção e prevenção de saúde mental para o público infantojuvenil e por atuarem mais próximo das famílias é possível que detectem precocemente casos em que

crianças e/ou jovens precisem de algum atendimento de saúde mental mais específico (BRASIL, 2014)

b) Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): como nas equipes do NASF existe algum profissional da saúde mental é possível o apoio especializado às equipes de AB quando se deparam com casos que envolvem transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas tanto de adultos quanto de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

c) Os “Centros de Convivência e Cultura” que se caracterizam por serem espaços abertos a população geral, atuando na promoção da saúde, na reabilitação psicossocial e possibilitando o convívio de diferentes sujeitos. No que concerne à população infantojuvenil, é possível a realização de diversas atividades que sejam do interesse deles e que busquem incluir a família (BRASIL, 2014).

d) Em relação a urgência e emergências em saúde mental existem alguns pontos de atenção que devem atender o público infantojuvenil, destaca-se: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, hospitais gerais, unidades básicas de saúde e os próprios CAPS podem promover o acolhimento nas situações de crises e quando necessário acionam o atendimento hospitalar (BRASIL, 2014).

e) Na “Atenção Hospitalar”, temos os leitos em enfermarias da clínica médica, da pediatria e/ou da obstetrícia que devem oferecer atenção e suporte para pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Também existem as enfermarias de saúde mental em hospital geral que deve oferecer esse suporte quando necessário (BRASIL, 2014).

Observamos através dessa exposição, que a política atual de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, se distingue da atenção destinada a estes no século passado. Alguns avanços foram possíveis e concretizados, como a criação do CAPSi.

2.3 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)

Antes de expormos uma caracterização sobre o CAPSi, se faz necessário uma contextualização sobre o que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diferenças quanto a demanda.

O primeiro CAPS do Brasil surgiu em março de 1986 - Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira - localizado em São Paulo (LEAL e DELGADO, 2007). O seu surgimento se insere no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira onde por volta dos anos 70 o Brasil passou por uma crise no modelo de assistência à saúde mental que era majoritariamente

centrado nos hospitais psiquiátricos, o que culmina em diversas manifestações (BRASIL, 2005b).

É a partir desse cenário que os CAPS passam a ter “um valor estratégico para a mudança do modelo de assistência” (BRASIL, 2005b, p.11). O CAPS é compreendido como:

[...] 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 (BRASIL, 2004, p. 13).

Além disso, o CAPS “é um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações psiquiátricas” (BRASIL, 2004, p. 13).

No que cabe as especificidades dos CAPS, Brasil (2004, p. 22) define que os CAPS I e CAPS II são destinados ao atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; os CAPS III destinam-se ao “atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes”; os CAPSi orientam-se ao “atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais”, e os CAPSad “orientam-se para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas”.

O CAPS é um serviço promotor de saúde e cidadania, que deve estar articulado na rede de atenção à saúde mental, juntamente com outros setores e redes sociais que auxiliam na inclusão das pessoas em sofrimento psíquico, exercendo um papel estratégico, onde realiza (BRASIL, 2004):

[...] o direcionamento local das políticas e programas de Saúde mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando os usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (BRASIL, 2004, p. 12).

Em relação especificamente à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, Couto e Delgado (2015) indicam duas ações promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em meados do século XXI, que permitiram a construção de uma rede de atenção à saúde mental infantojuvenil. Destaca-se então, o surgimento dos CAPSi e uma articulação entre as políticas de saúde mental com setores como “educação, assistência social, justiça/direitos”. Para os autores, a criação dos CAPSi “inauguram a resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para crianças e adolescentes com problemas mentais que, até aquele momento, não encontravam na atenção psicossocial possibilidade real de atendimento” (p. 35).

Em relação ao CAPSi, a Portaria GM/MS 336/2002 (Brasil, 2002b, p. 4) apresenta a criação desse dispositivo estratégico e dispõe sobre as suas características. Trata-se de um “serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local [...]”. Essa Portaria também estabelece quais atividades de assistência devem ser prestadas aos usuários do CAPSi, dentre elas ressalta-se: “o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); “atendimento em grupos”; “atendimentos em oficinas terapêuticas”; “**atendimento à família**”; “atividades comunitárias”. (grifo nosso). No aspecto relacionado aos “recursos humanos” a equipe de atuação no CAPSi deve ser composta por diferentes profissionais tanto de nível superior quanto de nível técnico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) lançou uma cartilha que discorre sobre a saúde mental no SUS e traz como foco os Centros de Atenção Psicossocial. Nesse documento o CAPSi é definido como:

[...] um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004, p. 23).

Esse mesmo documento indica que “[...] as famílias devem fazer parte integrante do tratamento, quando possível, pois observa-se maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente”. Nota-se o quanto a família é requisitada no tratamento de usuários dos serviços de saúde mental, sendo vista como “parceira” nessa caminhada (BRASIL, 2004, p. 23).

O atendimento destinado a crianças e adolescentes, tanto no CAPSi quanto em outros serviços, que compõem a rede de atenção a SMCA, devem ser pautados em princípios que serão explicitados no próximo item.

2.4 Princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil

Serão apresentados a seguir os Princípios propostos para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que se encontram no livro “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” elaborado por Brasil (2005a).

- a) Noção da criança e adolescente como sujeitos

O conceito de “sujeito” dentro dessa política traz um novo olhar sobre a criança e o adolescente, onde passam a serem entendidos como “sujeitos de direito”, sujeitos responsáveis pela sua demanda e sujeitos que precisam ser escutados dentro da sua singularidade.

b) Acolhimento universal

De acordo com esse princípio, toda criança e/ou adolescente que chegar a um serviço público de saúde mental infantojuvenil precisa ser “acolhida”, mesmo nos casos em que o serviço estiver com lotação máxima ou que a demanda não corresponda aos serviços prestados, é preciso que se receba, ouça e responda a demanda. O que esse princípio pretende é: “[...] acabar com as barreiras burocráticas que dificultam o acesso ao serviço e romper com a lógica do encaminhamento irresponsável, que faz com que aquele que procura atendimento percorra, infinitamente, uma série de serviços e não encontre acolhida em nenhum” (BRASIL, 2005a, p. 12).

c) Encaminhamento implicado

A partir da realização de um encaminhamento para outro serviço, é importante a adoção de uma postura responsável, onde a pessoa que realiza o encaminhamento se certifique de que o sujeito consiga ser atendido nesse outro serviço. Outra possibilidade, é a “desconstrução da demanda”, quando se verifica que o sujeito não precisa de um tratamento no âmbito da saúde mental.

d) Construção Permanente da Rede

Essa noção está diretamente relacionada à prática do cuidado nessa política e implica que o serviço realize ações e intervenções que incluam os outros serviços que fazem parte do território (BRASIL, 2005a).

e) Noção de Território

A noção de território vai além de um limite geográfico e, dentro dessa política, compreende “as instâncias pessoais e institucionais” que fazem parte da vida do sujeito como: casa, igreja, escola, hospital, ambulatório, o CAPSi e tantos outros que fazem parte da vivência desse sujeito.

f) Intersetorialidade na ação do cuidado

Esse é um conceito primordial na implementação dessa política nacional de saúde mental infantojuvenil (COUTO; DELGADO, 2015). Dentro do campo da saúde mental infantojuvenil o que significa realizar um trabalho intersetorial? Significa a inclusão de serviços e dispositivos “de natureza clínica ou não”, que façam parte do contexto das crianças e adolescentes em tratamento como, por exemplo, escola, igreja, cultura, esporte, órgãos de proteção a crianças e adolescentes e etc. (BRASIL, 2005a, p. 14).

2.5 Alguns desafios à política de Saúde Mental infantojuvenil

Pesquisadores do campo da saúde mental infantojuvenil têm apresentado alguns desafios concernentes ao desenvolvimento e consolidação das políticas de SMCA.

Um dos desafios apontados por Couto, Duarte e Delgado (2008) está diretamente relacionado ao quantitativo de “dispositivos” da rede de saúde mental para crianças e adolescentes. Segundo os autores, é necessário que sejam criados mais CAPSi e dispositivos de saúde mental, principalmente serviços voltados para o público infantojuvenil. Ressalta-se que esse é um desafio a nível nacional. Em pesquisa mais recente Couto e Delgado (2015) também afirmam que em comparação a quantidade de CAPS destinados a adultos, os números referentes a expansão dos CAPSi ainda são aquém do esperado.

Outro desafio está relacionado a como gerir de maneira efetiva as demandas advindas do território em que o CAPSi está inserido. Além disso, nos locais em que não há um serviço específico de atenção à SMCA é importante que os outros serviços como CAPS I, II, III, AD e os ambulatorios de saúde mental possam realizar o atendimento e tratamento desses sujeitos (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ribeiro e Paula (2013) também discorrem sobre alguns desafios desse campo. Um dos desafios está intimamente relacionado a Atenção Primária à Saúde (APS), que é o nível mais básico de atenção à saúde dentro do SUS, que permite que os profissionais realizem ações de promoção e prevenção em saúde mental, além disso, podem detectar precocemente algum tipo de transtorno mental. No entanto, ainda é necessário capacitar melhor esses profissionais sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.

Outro ponto trazido pelas autoras diz respeito a importância de uma abordagem interdisciplinar com uma equipe multiprofissional. Tendo em vista, que o atendimento a crianças e adolescentes em serviços de saúde mental engloba diversos aspectos como biológico, psicológico, familiar e social, além disso, cada sujeito deve ser visto em sua singularidade. Desse modo, é preciso investir em equipes multiprofissionais.

Ribeiro e Paula (2013) apresentam um importante aspecto em relação a participação da família no tratamento de crianças e adolescentes na rede de atenção à saúde mental e o denomina como mais um desafio:

A inclusão efetiva da família, em especial dos pais, deve ser obrigatória em toda abordagem e na elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Devido ao alto grau de dependência das crianças e mesmo dos adolescentes, eles precisam dos responsáveis para acessar o serviço e para dar continuidade ao tratamento. Conhecer e valorizar o ponto de vista dos pais sobre o problema de saúde mental e sua concreta

possibilidade de colaboração na execução das propostas de cuidado pode ser a chave mais importante para o sucesso (p. 342).

Destaca-se também a importância em se investir em “monitoramento, avaliação e pesquisa” com o intuito de saber como esse trabalho vem sendo realizado e o que de fato é preciso melhorar (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 343).

Um dos princípios fundamentais dessa política, a intersetorialidade, também enfrenta um desafio. De acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008, p. 396): “[...] o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos”. Portanto, parece haver uma dificuldade no alinhamento entre os serviços dos diferentes setores que compõem essa rede.

Acrescenta-se ainda outros desafios, como a existência de poucas iniciativas de formações continuada e capacitações para os trabalhadores da rede; problemas relacionados as condições de trabalho como salários baixos, contratos por terceirização; gestores com pouca compreensão sobre a função do CAPSi; carência de supervisão clínica para os trabalhadores (UFRJ, 2013 apud COUTO; DELGADO, 2015).

Realizadas essas considerações a respeito da Política de Saúde Mental Infantojuvenil, vemos que conquistas importantes foram realizadas como, por exemplo, a criação dos CAPSi, no entanto, alguns desafios ainda precisam ser superados como a inclusão efetiva da família no tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Sobre esse aspecto, veremos a seguir como a família passou a se inserir no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico e o que as pesquisas com familiares cuidadores tem apontado sobre essa experiência.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

É sabido que, conceituar a “família” não é tão simples, uma vez que, existem diferentes pontos de vista sobre como abordar essa temática (social, cultural, psicológico), além disso, a família passou e passa por modificações tanto estruturais quanto nos modos de se relacionar (TRAD, 2010).

Dentre as características da família na sociedade contemporânea pode-se destacar: a função de ser um lugar de segurança física e psicológica; responsabilidade de educar os filhos e ser o primeiro lugar de socialização dos novos membros. Um ponto marcante e que difere de séculos passados é que o casamento deixa de ocorrer por conveniência e acontece por um desejo comum do casal. Considera-se que a configuração da “família nuclear”, composta por pai, mãe e filhos, residindo no mesmo espaço, seja a estrutura mais comum. No entanto, existem diversos outros tipos de arranjos familiares, como as famílias homoparentais, constituídas por vínculos de pessoas do mesmo sexo (MACHINESKI, 2011).

Para Gomes (1988) apud Szymanski (1997, p. 26) a família é entendida como “um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecem nesse contexto”.

De acordo com Oliveira (2009), ao se refletir sobre a família, é fundamental se afastar de “conceitos prontos”, levando em conta que não existe um “modelo” de família, existem “famílias”, com diferentes estruturas, arranjos e relações. Para a autora, embora a família apresente diversas configurações, não se pode perder de vista que ela se constitui como um lugar em que os sujeitos iniciam o processo de construção de afetos e de que isso influencia a relação do homem com o mundo.

3.1 Inserção da família na atenção à saúde mental

A política de saúde mental brasileira indica que a família deve participar do processo de reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, no entanto, é preciso ressaltar que nem sempre foi assim. De acordo com Melman (2001), durante o século XIX a pessoa em adoecimento psíquico costumava ser separada de sua família. Existiam basicamente duas justificativas para isso: uma era sobre “proteger” a família da “doença mental”, uma vez que, acreditava-se na possibilidade de “contaminação” e a outra ideia difundida era de que a família

poderia estar causando o adoecimento do familiar. No Brasil, isso não era diferente e, acrescenta-se a forte influência da medicina higienista sobre as famílias.

A noção que temos hoje, em que a família tornou-se “parceira” do cuidado no campo da saúde mental, foi possível em grande parte devido às lutas que se iniciaram no processo de Reforma Psiquiátrica (SANTOS, 2010). A Reforma é entendida como:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005b, p. 6).

Nota-se que a Reforma é um processo complexo e que se concretizou ao longo dos anos. Foi em 1970 que se iniciou no Brasil um movimento em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos, cabendo destaque ao “Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)” que era composto não somente por trabalhadores, mas, por “associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas”. Esse Movimento passa a expor a violência, os maus tratos que aconteciam nos manicômios e a criticar o modelo de assistência hospitalocêntrico vigente (BRASIL, 2005b, p. 7).

A partir disso é que de fato buscaram-se meios de realizar uma mudança na assistência as pessoas em sofrimento psíquico (SANTOS, 2010). Um ponto central desse processo é a instituição de “serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico” que trazem em sua concepção um modo de atenção psicossocial em que o sujeito deixa de ser visto apenas como um “doente mental”, tendo o CAPS como dispositivo estratégico (BRASIL, 2005b; COSTA-ROSA, 2000). No campo legislativo, o deputado Paulo Delgado apresenta um Projeto de Lei em prol dos direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos. Em 2001 esse projeto tornou-se a Lei Federal 10.216 “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2001).

Como exposto, o modelo vigente anteriormente era um modelo hospitalocêntrico e asilar que tinha como características: o foco na “doença”; um tratamento quase que estritamente “medicamentoso”; o sujeito era isolado da família e do convívio social e tinha o hospital psiquiátrico como o representante do modo asilar. Já no modo psicossocial, que é proposto pelas atuais políticas de saúde mental, o sujeito passa a ser visto como “biopsicosociocultural”, ou

seja, amplia-se a compreensão desse ser para algo além do biológico; o tratamento não se reduz ao uso de medicamento, mas é possível lançar mão de “psicoterapias, laborterapias, socioterapias”; **há a inclusão da família e da sociedade no projeto terapêutico**; existência de associações de usuários e familiares e dentre os dispositivos institucionais temos os CAPS, hospital-dia, ambulatórios de saúde mental e leitos psiquiátricos em hospitais gerais (COSTA-ROSA, 2000, grifo nosso).

A família passou a ser um eixo fundamental dentro dos preceitos da atual política de saúde mental, uma vez que, essa atua como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros (DIMENSTEIN et al., 2010). Inclusive, um dos objetivos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica, é:

[...] incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004, p. 29).

Santin e Klafke (2011), contribuem com essa ideia em estudo realizado sobre a família e o cuidado em saúde mental. Para as autoras, uma das “modificações” ocorridas no processo de Reforma Psiquiátrica é a inserção da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, em que passa a discutir e trocar informações com a equipe e com outros familiares. Sendo assim, “família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial” (p. 148).

Embora a família tenha passado a desempenhar um novo lugar dentro das práticas de atenção à saúde mental e que seja algo muito significativo no processo de reabilitação psicossocial, deve-se levar em conta que ter um membro da família em sofrimento psíquico pode gerar impactos na dinâmica familiar. E como isso irá afetar cada componente da família é algo singular e que tem influência da sua história de vida ou do contexto em que isso ocorre (MELMAN, 2001).

Para Rosa (2005), algumas implicações são impostas a partir do momento que esse familiar é convocado a participar mais ativamente desse cuidado, como por exemplo, há um receio de se ver cuidando sozinho do familiar e também um receio do preconceito da sociedade. Ainda segundo a autora, a família é vista “como sujeito político que se organiza e luta por direitos, promove ações na esfera pública [...]” (p. 209).

Alguns estudos têm se detido em investigar o impacto de ter um membro da família em sofrimento psíquico. Dentre os principais resultados aponta-se uma sobrecarga “por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles”. Além disso, em algumas situações uma única pessoa da família se responsabiliza pelo cuidado e, às vezes, não pode trabalhar. Acrescenta-se também que muitos familiares cuidadores costumam se distanciar de “atividades sociais” (MELMAN, 2001, p. 79). Segundo Delgado (2014), esse é um desafio que se coloca para a Reforma Psiquiátrica, atender de algum modo essa demanda que surge dos familiares cuidadores.

Portanto, no momento inicial em que o familiar procura ajuda para o membro da família, que se encontra em sofrimento psíquico, é fundamental que os profissionais de saúde mostrem uma atitude compreensiva, uma vez que, esse familiar pode estar cheio de dúvidas e angústias diante dessa situação que se impõe. Soma-se também, o fato de que cada pessoa irá vivenciar essa experiência de modos diferentes (MELMAN, 2001).

Segundo Farias (2016, p. 18): “o cuidador familiar [...] representa um indivíduo com o qual “o doente” possui vínculos de afeto e desempenha, sem remuneração, as principais atividades de cuidado com esse último, por meio de uma relação de dependência imposta pela “doença””. Campos e Soares (2005) apud Severo et al. (2007, p. 148), revelam que muitos familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico “se tornam usuários diretos de serviços de saúde mental diante da sobrecarga emocional vivenciada”. Nessa direção é que Santin e Klafke (2011), destacam a importância de saber como o familiar cuidador se sente e de como está sendo para ele essa relação de cuidado com o membro da família em sofrimento psíquico.

A partir do que foi evidenciado, podemos observar o quão importante é que a família atue em parceria com os serviços substitutivos de saúde mental, não sendo apenas corresponsável pelo cuidado, mas também lutando pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo em que as famílias foram convocadas a uma postura mais participativa no campo da saúde mental, algumas questões precisam ser consideradas e se mostram pertinentes ao objetivo da presente pesquisa. Por exemplo, os familiares cuidadores enfrentam e vivenciam o adoecimento psíquico de um membro da família de diferentes maneiras, apresentam dificuldades emocionais, financeiras, sociais e muitas vezes sentem-se sobrecarregados em razão dos cuidados destinados ao familiar. Em se tratando de familiares cuidadores de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, vejamos o que as pesquisas têm apontado.

3.2 Pesquisas envolvendo familiares cuidadores de crianças e adolescentes em sofrimento/ adoecimento psíquico

Após as considerações tecidas em relação a inserção da família no campo da saúde mental, segue-se a exposição de algumas pesquisas envolvendo familiares cuidadores de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e seus principais resultados - em razão da presente pesquisa ter como objeto de estudo a vivência dessas pessoas.

Em relação à família, especificamente, de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, pode-se afirmar que o cuidador se depara com os cuidados relacionados ao quadro clínico desses sujeitos e os cuidados concernentes à idade desses familiares em desenvolvimento (RIZZINI; LEITE; MENEZES, 2013). As autoras realizaram uma pesquisa com familiares cuidadores de crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou deficiência mental que buscou “investigar quais serviços e outras formas de apoio estavam ou não disponíveis às famílias de crianças e adolescentes com transtorno mental e/ou deficiência mental e que poderiam prover o cuidado necessário para o bem-estar de seus filhos”. Dentre os principais resultados desse estudo, destaca-se que o período em que as famílias estão em busca de tratamento para o familiar adoecido é de “muita angústia”, pois, por vezes, percorrem vários especialistas e se deparam com o despreparo de alguns profissionais, caracterizando uma “peregrinação” na busca por atendimento para seus filhos. Além disso, há uma dificuldade em aceitar que possa existir algo de “diferente” na criança ou adolescente adoecida. As familiares entrevistadas (todas mulheres) relataram que os pais apresentaram maior dificuldade em aceitar que o filho pudesse estar com algum problema de saúde. Outro aspecto a ser apontado, envolve a dificuldade em conseguir atendimento na rede pública, alguns familiares relataram terem percorrido vários serviços até que encontrassem um que aceitasse a criança.

Machineski (2011) também realizou uma pesquisa com familiares responsáveis pelos cuidados de usuários de um CAPSi na cidade de Cascavel, no Estado do Paraná. Os resultados do estudo apontam para dificuldades em lidar com o sofrimento do familiar e o preconceito em relação ao adoecimento, tanto na escola, quanto na própria família. Nesse mesmo estudo, os familiares relatam um desconhecimento acerca da psicopatologia, chegando inclusive a questionar a necessidade de um tratamento e em algumas situações afirmam não saber como agir. Em relação ao preconceito citado, a pesquisa executada por Silva et al. (2015) traz um resultado similar. Os relatos das mães que tem filhos sendo atendidos no CAPSi da cidade de Campina Grande na Paraíba apontam para um preconceito da sociedade e da própria família, assim como, uma dificuldade inicial em aceitar o adoecimento do filho.

Outro aspecto relevante, diz respeito a sobrecarga física, emocional e financeira, que é um resultado recorrente nas pesquisas com familiares cuidadores de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008; RIZZINI; LEITE; MENEZES, 2013; FARIAS, 2016).

Podem-se apontar duas dimensões da sobrecarga familiar: subjetiva e objetiva. A primeira “[...] diz respeito às percepções que os familiares têm sobre a situação, em função da sobrecarga, considerando os aspectos emocionais e os sentimentos presentes, como desamparo, tristeza, culpa e outros”, já a segunda:

[...] se refere às perdas financeiras, mudanças na rotina, na vida social e na vida profissional dos familiares, além de nas tarefas cotidianas específicas do cuidado com o paciente [...]. Há, também, os comportamentos considerados problemáticos que perturbam os integrantes da família como as agressões [...]” (BANDEIRA e BARROSO, 2005 apud RIZZINI et al., 2013, p. 64).

Sobre os aspectos emocionais e sentimentos, Delgado (2014) traz uma série de termos utilizados por familiares cuidadores³ de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes que são usuárias do CAPS, que nos ajudam a ilustrar isso. Termos como “vergonha”, “medo”, “irritação”, “pressão”, “raiva”, “tristeza”, “cansaço”, “culpa”, “pânico”, “preocupação”, “fé”, “solidariedade”, “respeito”, “satisfação em cuidar”, se mostraram presentes em diversos relatos. Dentre os resultados destaca-se também “um sentimento de impotência e tristeza ao saberem que o problema de seu parente não tem cura”, soma-se a isso uma preocupação em relação ao futuro e um sentimento de solidão (p. 1112). Essa “noção de cura” foi um aspecto apontado por Machineski (2011, p. 114), em que se concluiu que há uma expectativa, por parte dos familiares, de “melhora do quadro clínico do usuário”, assim como, a “cura” da doença mental.

Na dimensão da sobrecarga objetiva, ressalta-se o abandono do trabalho de alguns familiares cuidadores e problemas na vida social, como falta de tempo para sair (DELGADO, 2014). Nesse sentido, a pesquisa realizada por Taño (2014) revelou dificuldades financeiras, desgaste da relação familiar em decorrências das dificuldades vividas e uma rotina de cuidados exaustiva. Nos resultados do estudo realizado por Silva et al (2015), com mães de crianças em sofrimento psíquico, apontou-se que a sobrecarga das mães pode acarretar algumas restrições tanto na vida pessoal, quanto na vida profissional.

De acordo com Machineski (2011), os familiares relataram que têm o CAPSi e os profissionais como um suporte e que acham necessário que haja um atendimento voltado para a família, também consideram importante que sejam transmitidas informações sobre a doença,

³ A pesquisa envolveu familiares cuidadores de adultos e de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

tratamento e como lidar em algumas situações. Em relação ao convívio dos familiares com outros familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, parece ser algo significativo e que gera uma identificação ao se aproximarem de pessoas que vivem uma situação em comum (Taño, 2014).

Pelo que foi apresentado, é possível afirmar a importância de dar atenção e oferecer apoio aos familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que, cada família irá vivenciar essa experiência de um modo diferente. Delgado (2014, p. 1117), expõe nos resultados de sua pesquisa as “estratégias de lida” desses sujeitos. Dentre essas estratégias, pode-se destacar algumas como: “não encarar o problema ‘como um fardo’, ‘ter humor’, passear, se divertir, ‘dar uma fugida’, ‘tocar um instrumento’ e ‘fazer o que gosta’”. Além dessas, os cuidados com o corpo, com a saúde e com a beleza também se mostraram como “estratégias de lida”.

Nesse mesmo estudo, os familiares relataram que “[...] sentimentos ou estados emocionais como ‘amor’, ‘força’ e ‘esperança’ são elementos essenciais para superar o sofrimento suscitado na vida cotidiana e para o fortalecimento pessoal [...]”. Outro elemento que aparece nos resultados da pesquisa é a religiosidade, sendo uma “[...] estratégia para não se desistir da ‘luta’ e perder a esperança” (DELGADO, 2014, p. 1117).

Isso nos mostra que mesmo diante das dificuldades, dos desafios e da sobrecarga, o familiar cuidador busca maneiras de lidar com essa situação. Tais relatos remetem-nos à reflexões sobre a visão de homem da Logoterapia e Análise Existencial, por considerar ser esse um modo de se tomar uma atitude frente a um destino⁴ que não pode ser modificado. Além disso, cuidar de outro ser humano é uma demonstração da capacidade humana de autotranscender, segundo Viktor Frankl. Desse modo, a perspectiva da Logoterapia servirá de suporte e “lente” para compreender um pouco mais da experiência desses familiares.

⁴ Frankl (1989) apresenta o conceito de destino para a Logoterapia como aquilo que não pode ser modificado e que não depende do ser humano. O significado do termo “destino” na Logoterapia se distancia de algo “reservado ou prometido” a uma pessoa.

4 LOGOTERAPIA E ANÁLISE EXISTENCIAL

A Logoterapia e Análise Existencial é um sistema teórico criado no século XX por Viktor Emil Frankl (1905-1997) que foi um psiquiatra, neurologista e professor da Universidade de Viena. Frankl foi sobrevivente de quatro campos de concentração no período da Segunda Guerra Mundial e deixou uma extensa obra sobre os fundamentos da Logoterapia. Desde a juventude o autor já demonstrava interesse pelas questões e problemáticas sobre a vida (XAUSA, 2012).

Frankl chegou a aproximar-se da psicanálise proposta por Freud (1856-1939) e também da Psicologia Individual de Adler (1870-1937), no entanto, criou a sua teoria. Durante seu percurso conheceu mais profundamente o Existencialismo, que acabou por influenciar diretamente o desenvolvimento da Logoterapia (FREITAS, 2013).

A expressão “logos” tem sua origem na língua grega e significa “sentido”. De acordo com Frankl (2008, p. 124):

A logoterapia, ou, como tem sido chamada por alguns autores, a ‘Terceira Escola Vienense de Psicoterapia’, concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por esse sentido. Para a logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano. Por essa razão costumo falar de uma *vontade de sentido* [...].

Frankl (2005), define a Logoterapia como uma “terapia através do sentido” ou uma “(psico) terapia centrada no sentido”. Para o autor existem dois eixos fundamentais em uma psicoterapia: a teoria antropológica (visão de homem) e a filosofia de vida. A visão de homem da Logoterapia é estruturada através de três conceitos principais que serão apresentados a seguir (FRANKL, 2011).

4.1 Pilares da Logoterapia

Na teoria logoterapêutica existem três fundamentos principais: a liberdade da vontade, a vontade de sentido e o sentido da vida. Segue-se uma exposição sobre esses conceitos.

O primeiro pilar é conceituado por Frankl (2011, p. 26) como: “[...] a liberdade da vontade humana, e esta é a vontade de um ser finito. O homem não é livre de suas contingências, mas, sim, livre para tomar uma atitude diante de quaisquer que sejam as condições que sejam apresentadas a ele”. A liberdade aqui apresentada não significa “arbitrariedade” ou um ser livre de tudo, mas a possibilidade de realizar escolhas ou se posicionar perante as diferentes situações, condições ou contextos a que somos apresentados em nossa vida. Essa liberdade

proposta é “finita” e sempre deve estar atrelada a um “ser-responsável”. Frankl (2011; 2008), deixa muito claro que o homem é um ser livre “para”, mas isso não significa agir de modo irresponsável.

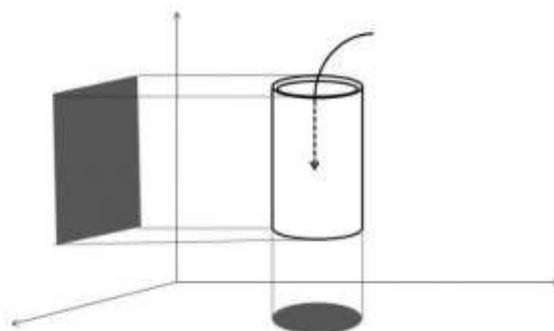
A liberdade da vontade se opõe, principalmente, ao que Frankl (2011) denomina de ‘pandeterminismo’, ou seja, visões e teorias sobre o homem que não o enxergam como um ser capaz de enfrentar ou tomar uma atitude frente a condicionantes. Para o autor, o ser humano tem a capacidade de enfrentar situações desafiadoras e distanciar-se de si mesmo, seja através do humor ou do heroísmo.

Nesse aspecto, torna-se relevante apresentar o conceito de “dimensão noética” ou “noológica”. De acordo com o fundador da Logoterapia, o homem é constituído pela dimensão biológica ou somática, psíquica e noética. Segundo Aquino (2013, p. 77), nessa última que se “originam os valores, os atos intencionais e volitivos, a capacidade de autotranscendência e autodistanciamento, e a busca por um sentido na vida”, se contrapondo ao caráter factual das outras dimensões e integrando o ser humano em uma “unidade biopsiconoética. Situamos na dimensão noética dois fenômenos especificamente humanos: autotranscendência e autodistanciamento, que serão melhor explicitados em outro item.

No momento em que o homem reflete sobre si mesmo – ou, se for preciso, rejeita a si mesmo; quando quer que ele faça a si próprio de objeto – ou aponte objeções a si mesmo; no momento em que o homem manifesta sua consciência de si, ou quando quer que exiba seu ser consciente, aí, o ser humano atravessa a dimensão noológica (FRANKL, 2011, p. 28).

Essa dimensão se caracteriza por ser “inclusiva e abrangente”, ou seja, engloba as outras dimensões e distingue o ser humano dos animais. Para melhor explicar essa concepção, Frankl (2011) faz uso de uma analogia com alguns conceitos da geometria e nos apresenta a ontologia dimensional que é composta por duas leis. Na primeira lei temos a seguinte imagem:

Figura 1: Representação da 1ª lei da Ontologia Dimensional



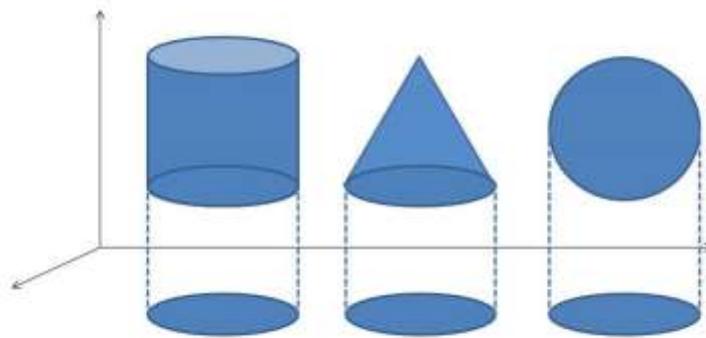
Fonte: Frankl (2011, p. 34)

Observamos então, que um cilindro tendo sido projetado no plano bidimensional nos mostra duas imagens: um círculo e um retângulo. Tais imagens além de distintas são fechadas.

A partir dessa analogia, depreende-se que a projeção do homem em uma dimensão mais baixa acaba por reduzi-lo a dimensão biológica e psicológica, esse aparece como um “sistema fechado” e isso se opõe ao que é proposto por Frankl (2011) ao afirmar que o homem é um ser “aberto ao mundo”.

Na segunda lei, observamos um cilindro, um cone e uma esfera sendo projetados “de suas dimensões particulares em uma dimensão diferente, mais baixa do que a sua própria [...]”. Como resultado temos figuras “ambíguas” (FRANKL, 2011, p. 35).

Figura 2: Representação da 2ª Lei da Ontologia Dimensional



Fonte: Frankl (2011, p. 35)

Desse modo, não é possível saber quais figuras realmente estão para além das circunferências. Para explicar essa segunda lei, Frankl (2011) propõe que se substitua as figuras por pessoas históricas, a primeira poderia ser um paciente esquizofrênico e a segunda sombra Joana D’Arc. Na concepção da psiquiatria, Joana D’Arc poderia ser diagnosticada como esquizofrênica e vista apenas como uma pessoa com um transtorno, mas, pensando a partir da dimensão noética – dimensão que se caracteriza por ser “abrangente e inclusiva”, ela também pode ser vista como alguém que teve uma importância histórica. Essa analogia frankliana nos mostra que quando o homem é reduzido a uma única dimensão perde-se de vista a totalidade de sua existência.

A ontologia dimensional proposta por Frankl (2011) nos ajuda a compreender tanto sua crítica a teorias que reduzem o ser humano, quanto a entender como a dimensão noética se apresenta como uma dimensão abrangente e superior às outras dimensões. Além disso, o fato do homem possuir essa dimensão, em que se localizam os fenômenos especificamente

humanos, é que se pode afirmar que mesmo quando se depara com situações que não pode mudar, como uma doença sem cura (dimensão biológica), ainda é possível escolher qual atitude tomar, exercendo a sua liberdade e responsabilidade.

A liberdade da vontade é então guiada pelo segundo pilar da Logoterapia que será apresentado: a vontade de sentido. Segundo Frankl (2011, p. 50), a vontade de sentido pode ser entendida como “[...] o esforço mais básico do homem na direção de encontrar e realizar sentidos e propósitos”, sendo aquilo que motivaria o homem a agir no mundo, ou seja, sua motivação primária.

Essa proposta frankliana se opõe a outras teorias motivacionais, como por exemplo o princípio do prazer proposto pela psicanálise freudiana e a vontade de poder cunhada pela psicologia individual de Adler. Para Frankl (2011), ambas são derivações da vontade de sentido. Vejamos a justificativa exposta para tal consideração:

Ora, o prazer, mais do que a finalidade básica dos esforços humanos, é, de fato, o efeito da realização de sentido. O poder, por sua vez, mais do que um fim em si mesmo, constitui, na verdade, um meio para um fim. Para viabilizar o preenchimento da vontade de sentido, certa dose de poder – como, por exemplo, poder financeiro – se torna um pré-requisito indispensável. É apenas na frustração da orientação original pelo sentido que alguém pode *contentar-se com o poder* ou *fixar-se no prazer*. (p. 50).

Na perspectiva da Logoterapia, o prazer não é o objetivo final das ações realizadas pelo homem, apenas um efeito da concretização de um propósito, dessa forma, ao passo que o homem concretiza esse propósito, tem uma razão para ser feliz. Por isso que Frankl (2011) afirma que não devemos perseguir a felicidade, pois quando temos uma razão para ser feliz a felicidade surge espontaneamente.

No entanto, quando há uma frustração na vontade de sentido é que o ser humano se contenta com o poder ou se fixa na busca por prazer. Na Logoterapia, tanto felicidade, sucesso e autorrealização são entendidos como efeitos da realização de sentido. Desse modo, quanto mais o homem objetiva a autorrealização, mais ele se distancia do que pretende alcançar (FRANKL, 2011).

Corroborar com isso alguns dados expostos por Frankl (2005) referentes a pesquisas realizadas em universidades, sobre as taxas de suicídios e tentativas, em jovens universitários. Notam-se inúmeros casos de pessoas que têm uma condição socioeconômica boa, mas que não são felizes e que afirmam sentir um vazio existencial, por outro lado, existem pessoas que vivem situações “adversas” e que são felizes.

Há também um exemplo muito ilustrativo sobre essa perspectiva. Frankl (2005), expõe uma carta recebida de um médico de família que faz um relato sobre o grave adoecimento do

pai. Nessa carta, o médico afirma que nos últimos meses de vida do pai cuidou do mesmo juntamente com sua esposa e que esse foi um período de intensa felicidade em que lia diariamente passagens dos livros escritos por Viktor Frankl. Ainda na carta, o médico conta que vivenciou a experiência de cuidar e se aproximar intimamente do pai em seus últimos dias. Segundo o autor, esse é um exemplo de alguém que guiado por um sentido foi feliz apesar do sofrimento e através dessa história percebe-se que “apenas quando o homem preenche um sentido lá fora, no mundo, é que ele realizará a si mesmo” (FRANKL, 2011, p. 53).

Através desse exemplo, observamos que a busca do ser humano pelo sentido é a sua força motivadora e que mesmo as situações de sofrimento inevitável, como o adoecimento do pai do médico citado acima, não retiram a possibilidade do homem de realizar sentido. Posto isso, passaremos ao terceiro pilar da Logoterapia: o sentido da vida.

O terceiro conceito básico apresentado por Frankl (2011) é a crença na existência de um sentido da vida e que todo homem pode encontrá-lo. É importante esclarecer que não se trata de um sentido para a “vida toda”, mas a possibilidade de encontrar um sentido único a cada situação. Ou seja, “o sentido é relativo na medida em que se relaciona a uma pessoa específica, que está enredada numa situação específica” (p. 72).

Inclusive, questionar o sentido da vida é apontado por Frankl (2008) como algo especificamente humano, somente o homem tem essa capacidade de se perguntar sobre o sentido da vida. E esse sentido vai ser sempre diferente para cada pessoa, em cada situação, não é estático e nem imutável.

Uma vez que cada situação na vida constitui um desafio para a pessoa e lhe apresenta um problema para resolver, pode-se, a rigor, inverter a questão pelo sentido da vida. Em última análise, a pessoa não deveria perguntar qual o sentido da sua vida, mas antes deve reconhecer que é *ela* que está sendo indagada. Em suma, cada pessoa é questionada pela vida; e ela somente pode responder à vida *respondendo por* sua própria vida; à vida ela somente pode responder sendo responsável. Assim, a logoterapia vê na responsabilidade (*responsibleness*) a essência propriamente dita da existência humana (FRANKL, 2008, p. 133-134).

Portanto, Frankl (2008) não só afirma que é possível encontrar um sentido na vida, como propõe que a vida nos questiona sobre o sentido e, desse modo, cada um se torna responsável na busca do sentido. Mais uma vez, a Logoterapia nos mostra que o homem é um ser livre para responder as interrogações que a vida nos coloca, e realizar sentido, mas sempre tendo em vista o ser-responsável. Frankl (2011) acrescenta que na busca pelo sentido somos guiados por nossa consciência, que é definida como “[...] a capacidade intuitiva do homem para encontrar o sentido de uma situação [...]”, mas, Frankl nos adverte, essa mesma consciência intuitiva e criativa, também é passível de erro e falha (p.82).

Para afirmar que a vida tem sentido, Frankl (2011) apresenta como o homem comum vivenciou sentidos e valores em sua vida, trazendo isso para o campo científico com o intuito de mostrar que é possível realizar sentido. Sendo assim, vejamos como então o homem pode encontrar sentido.

4.2 Categorias de valores

Frankl (2011) indica três “caminhos” pelos quais o homem pode encontrar sentido, sendo esses: os valores criadores, os valores de vivência e os valores de atitude.

Os valores criadores são explicados pelo autor como a dedicação do homem a uma obra, uma boa ação ou seu próprio trabalho, há a possibilidade de o homem encontrar sentido na realização de uma tarefa ou criação, ou seja, quando “age” ou “dá” algo para o mundo (FRANKL, 2011).

Os valores de vivência são entendidos como as experiências do homem. Para Kroeff (2014, p. 113): “nos valores de vivência, o sentido se pode encontrar no que nos oferece o mundo; nas experiências de encontro com os outros, na amizade, no amor, em nossa contemplação da natureza, na apreciação da arte, entre outras possibilidades”. Por vezes situações simples do nosso dia a dia podem estar carregadas de sentido (FRANKL, 1989).

Então, através dos valores criadores podemos encontrar sentido no que criamos no mundo ou agimos e nos valores vivenciais encontramos sentido naquilo que recebemos do mundo, em nossas experiências. Porém, em algumas situações desafiadoras ou limitantes o homem se percebe privado tanto da possibilidade de realizar valores criadores quanto valores vivenciais, nesse momento o ser humano ainda é capaz de realizar sentido (FRANKL, 2011).

Esse terceiro caminho para a realização de sentido foi denominado pelo fundador da Logoterapia como valor de atitude que “[...] diz respeito à *atitude que se toma*, à postura que se adota diante da vida, quando se é defrontado com um destino que não se pode mudar” (FRANKL, 2011, p. 91). A logoterapia enfatiza a liberdade do homem de se posicionar mesmo diante dos condicionantes biológicos, sociológicos e psíquicos, ainda que, o homem não possa mudar uma situação imposta pela vida, como uma doença ou um acidente, é possível escolher qual postura assumir frente às dificuldades e desafios que não podem ser mudados (FRANKL, 2011).

Kroeff (2014) contribui nesse sentido quando se refere aos valores de atitude. De acordo com o autor, no exercício dos valores de atitude é possível que o homem ainda faça alguma escolha, no entanto, há uma mudança na reação que a pessoa pode ter. Vejamos, por exemplo,

uma pessoa que perde o emprego e que não tem mais como ter o mesmo emprego de volta, ainda sim essa pessoa pode, a partir desse acontecimento, se dirigir ao seu interior e escolher qual postura adotar frente a perda do emprego.

Frankl (2011) traz um exemplo de uma senhora que estava com uma doença incurável e mantinha contato com um rabino. Certa vez, essa senhora questionou o rabino sobre como poderia encarar a ideia da morte e da realidade. Em dado momento, o rabino se referiu aos valores de atitude propostos por Frankl. A senhora demonstrou grande interesse no conceito, ainda mais, ao saber que Frankl havia sobrevivido a quatro campos de concentração. Portanto, não apenas afirmava a possibilidade de existir sentido frente a um destino que não se pode mudar, mas havia provado isso com sua própria história. A partir disso essa senhora resolveu escolher qual atitude tomar frente ao sofrimento inescapável e se tornou um exemplo de força para aqueles que conviviam com ela. O autor enfatiza que o sentido no sofrimento pode ser encontrado nos casos em que a situação não pode ser mudada, cabendo a pessoa tomar uma atitude. Nas situações em que o sofrimento é evitável é importante que a causa seja removida, pois para Frankl (2008, p.138) “sofrer desnecessariamente é ser masoquista, e não heroico”.

Considera-se também que “[...] o sentido descoberto no sofrimento tem uma dimensão diversa dos sentidos descobertos no trabalho e no amor” (FRANKL, 2005, p. 44). Sendo assim, a realização de valores de atitude nos mostram a capacidade exclusivamente humana de conseguir sofrer com bravura e lutar até o último momento da vida. Frankl (2011) acrescenta que os valores de atitude podem ser compreendidos de forma mais ampla e subdivididos. Somos então apresentados a “tríade trágica” que é composta pelos seguintes aspectos da existência humana: “dor ou sofrimento, culpa e morte”. Segundo o autor o homem é capaz de apresentar “atitudes significativas diante da dor, culpa e morte” (p.94).

Como já exposto anteriormente, a Logoterapia adota uma postura afirmativa frente à vida e de que mesmo nas situações mais difíceis é possível encontrar sentido. Frankl (2008, p.161) então, nos apresenta a “Tese do Otimismo Trágico” que nos mostra que o homem pode permanecer otimista mesmo diante da tríade trágica e “tirar o melhor de cada situação dada”. O autor aponta que o homem no uso de sua capacidade e potencial humano pode:

- “transformar o sofrimento numa conquista e numa realização humana”;

Aqui a referência de Frankl (2008) é ao sofrimento inevitável, ou seja, quando o homem se depara com um destino que não pode ser modificado, pode mudar a si próprio transformando o que antes era algo doloroso em uma vitória. Destaca-se a capacidade humana de usar a sua criatividade para transformar o sofrimento em uma conquista ou até mesmo em um aprendizado.

- *“retirar da culpa a oportunidade de mudar a si mesmo para melhor”*;

Frankl (2008) postula que o próprio homem tem a responsabilidade de ir além da culpa, de buscar meios de crescer e mudar a si mesmo.

- *“fazer da transitoriedade da vida um incentivo para realizar ações responsáveis”*.

Nesse último aspecto, Frankl (2008) não fala apenas da morte, mas da vida também, pois o caráter transitório da vida nos incentivaria a aproveitar da melhor maneira possível o tempo que temos. Muitas pessoas enxergam a transitoriedade como algo negativo da existência humana, deixando de perceber que todas as suas experiências e ações estão a salvo no passado e que de modo algum a morte retira o sentido da vida.

Portanto, vemos que mesmo quando o homem está diante da “tríade trágica”, ainda há força para buscar a realização de sentido, através dos valores de atitude, mudando a si próprio e percebendo o que aquela situação está exigindo no momento. Dessa forma, pode dizer sim à vida em qualquer circunstância (FRANKL, 2008), para tanto é necessário a mobilização de dois recursos noéticos (ou antropológicos) fundamentais: o autodistanciamento e a autotranscendência.

4.3 Recursos noéticos

Ao abordar no início do capítulo os pilares da Logoterapia apresentamos a “dimensão noética ou noológica” descrita por Viktor Frankl (2011), dimensão esta onde os fenômenos especificamente humanos ocorrem, cabe agora melhor descrever os recursos noéticos ou antropológicos (autodistanciamento e autotranscendência) que fazem parte da base da Logoterapia e constituem o ser humano.

Kroeff (2014, p. 84-85) caracteriza o autodistanciamento como aquilo que:

[...] permite que a pessoa se afaste do que lhe está ocorrendo; que adquira alguma perspectiva ante o fato, de forma que não esteja tão absorvida ou próxima que fique cega às possibilidades de solução que se podem apresentar. É uma demonstração da liberdade da vontade humana, da capacidade do espírito humano de opor-se e desafiar suas circunstâncias: uma pessoa pode ter um problema, um sintoma ou um condicionamento, porém, não é nenhum deles.

Sendo assim, quando o homem se depara com situações difíceis é possível que ele mobilize esse recurso e consiga ampliar a sua consciência para um campo de possibilidades. De acordo com Frankl (2011, p. 27), “o homem é capaz de distanciar-se não apenas de uma situação, mas de si mesmo” e essa capacidade humana do autodistanciamento se manifesta através do humor e do heroísmo. No momento em que o homem consegue fazer escolhas,

consegue se posicionar diante dos condicionantes físicos e psíquicos, está manifestando essa capacidade humana, que se localiza na dimensão noética (FRANKL, 2011).

O outro recurso antropológico definido por Frankl é a autotranscendência. Frankl (2005), introduz o conceito sobre a capacidade do homem de transcender o próprio eu em 1949. De acordo com o autor, a autotranscendência pode ser definida como a capacidade humana de se dirigir para algo ou alguém que não seja a si próprio, autotranscender é se dirigir para um sentido a ser realizado, para a dedicação a uma tarefa, o encontro com outro ser humano ou dirigir-se para alguém que se ama.

Ao falar de sua própria experiência nos campos de concentração durante a Segunda Guerra Mundial, Frankl (2005) aponta o quão significativo era, para a sobrevivência dos prisioneiros se orientarem para um futuro, seja por meio de uma tarefa ou de uma pessoa, que quando vislumbradas no futuro traziam força para enfrentar aquela situação extrema.

O autor aponta o amor e a consciência como manifestações da autotranscendência:

O amor, eu diria, constitui a capacidade de apreender outro ser humano em sua genuína singularidade. Já a consciência encerra a capacidade de apreender o sentido de uma situação em sua total unicidade – numa análise final, o sentido é sempre algo único, assim como também o é cada pessoa. Em última instância, cada pessoa é insubstituível; se não por outros, o é por quem o ama (FRANKL, 2011, p. 29).

Frankl (1989) ao abordar o amor afirma que este é um fenômeno humano e que permite ao homem conhecer outro ser humano em seu “caráter de algo único” e irrepetível.

Ainda para Frankl (2008, p. 135): “quanto mais a pessoa esquecer de si mesma – dedicando-se a servir uma causa ou a amar outra pessoa – mais humana será e mais se realizará”. A autotranscendência é um recurso que permite ao homem sair de si mesmo e se dedicar para algo ou alguém no mundo.

De acordo com Lukas (1992, p. 141), a capacidade de autotranscendência permite que o homem responda aos sentidos que encontra no mundo externo, podendo realizá-los ou não. Pode fazer uso da sua liberdade “para realizar tarefas que têm sentido apesar de diversos fatores (inibidores?) de influência”, mas nunca esquecendo da sua responsabilidade. Para a autora, esse recurso antropológico possibilita que o homem supere a si mesmo, agindo “para além dos limites da mônada”, dando-nos prova de que o homem é um ser aberto ao mundo e orientado pela busca de sentido.

Nota-se como esses dois recursos complementam-se, pois ao passo que o autodistanciamento nos mostra que o homem pode se distanciar dos seus problemas e escolher qual postura adotar, a autotranscendência nos coloca diante da abertura desse ser humano que pode ir além de si mesmo.

4.4 Considerações sobre família e Logoterapia

Elisabeth Lukas (1990, p. 29-30), que é uma grande estudiosa da Logoterapia e Análise Existencial e doutora em Psicologia, traz um rico conceito sobre família:

A família é o centro gravitacional do amor, onde as pessoas se sentem reciprocamente atraídas na alegria e na tristeza, fornecendo-lhes amparo e refúgio, incentivando e apoiando-as, alimentando e protegendo-as, acompanhando-as do nascimento a morte. Para manter em funcionamento um centro de tal natureza, é preciso que se faça algo por ele, e aqui surge novamente o aspecto intencional: cada um dentro da família deve visar um objetivo comum que tenha sentido, procurando opor às eventuais causas de destruição motivos para uma renovação e cura.

Ao abordar a temática sobre a família, a autora apresenta algumas regras logoterapêuticas que podem ser aplicadas a mesma.

As três regras logoterapêuticas básicas dispostas por Lukas (1992) são:

1ª regra: *A suportabilidade da vida está ligada à percepção de sentido.*

2ª regra: *A percepção de sentido não está ligada a condições externas favoráveis da vida.*

3ª regra: *A percepção de sentido não está ligada a uma vida harmoniosa no passado.*

A autora afirma que com base em sua experiência na área do aconselhamento educacional e familiar, as regras apresentadas também são válidas para a família.

Para Lukas (1992, p. 74) “[...] onde se vê um sentido à vida é suportável, onde não se vê um sentido, a vida é insuportável”. Em relação a família, é provável que situações desafiadoras se coloquem diante dos membros da família, como desemprego ou uma infância infeliz, mas sempre é possível encontrar um sentido que auxilia na superação das dificuldades.

Em relação a segunda regra que pode ser ampliada a família, Lukas (1992) afirma que a satisfação interior do homem está relacionada a qual atitude decide tomar diante das condições externas, sejam positivas ou negativas. Ainda que a família se depare com situações externas totalmente desfavoráveis, é possível exercer os valores de atitude ao se ter em vista a descoberta de um sentido que esteja além dessas condições. Para a autora, a “felicidade da família é surpreendentemente independente da qualidade das condições externas de vida”. (p. 81)

Na última regra, Lukas (1992) tece uma crítica ao fato de que difundiu-se uma ideia de que o passado, tanto do ponto de vista individual, quanto do ponto de vista da família, teria um papel determinante na formação da pessoa e de como as relações na família são estabelecidas. A autora afirma, que a logoterapia não desconsidera que acontecimentos do passado podem causar efeitos no presente e futuro, de que este faz parte da história de vida do homem, mas não se deve deixar que isso encerre as possibilidades do futuro e nos paralise sobre o que ainda pode ser realizado. Especificamente em relação a família, a autora pontua que “[...] é importante

deixar em paz o passado, até um certo grau, e esforçar-se para diariamente estar disposto para um novo começo” (p.89). Desse modo, mesmo as famílias que possuem um passado de dificuldades e intempéries da vida ainda podem se orientar por um sentido e decidir sobre o futuro.

A autora ainda traz uma interessante contribuição sobre os pais de crianças e adolescentes com algum tipo de dificuldade psíquica. Para Lukas (1992), é fundamental que se encoraje esses pais a aceitarem a individualidade dos seus filhos para que, dessa forma, possam encontrar os melhores caminhos para a redução dos problemas existentes, uma vez que, mesmo em meio as dificuldades, é possível a realização de sentido.

Lukas (1992, p. 108) acrescenta que boa parte dos pais que se deparam com um filho ou filha com “desenvolvimento psíquico inadequado” ficam preocupados e assumem “[...] em pensamento uma atitude diante da problemática existente, e é justamente este posicionamento interno que considero tão importante para determinar o bem-estar de uma família”. É nesse ponto que a autora introduz o termo “hiper-reflexão” proposto por Frankl. A hiper-reflexão ocorre quando uma pessoa ao se deparar com um problema fixa seu pensamento apenas no problema. Nesses casos, a pessoa hiper-reflete tanto a dificuldade que está passando que pode fazer com que áreas da vida antes intactas percam seu significado e que o problema atinja proporções maiores. A autora traz esse argumento para os casos de pais que não conseguem aceitar a “deficiência física ou psíquica”⁵ do filho e afirma que é importante que estes busquem as melhores formas de ajudar a criança. No entanto, não se deve hiper-refletir sobre a situação para que a sua própria saúde não fique vulnerável, ademais, é fundamental buscar algo de positivo na situação, assim como, as “possibilidades de sentido” que perpassam esse contexto. Essa proposta nos mostra mais uma vez o caráter de afirmação da vida da Logoterapia.

Esses são os principais conceitos da Logoterapia que sustentarão o presente estudo. Pensando, então, as vivências de familiares cuidadores de crianças e adolescentes usuárias de um CAPS infantojuvenil, podemos trazer a visão de homem da Logoterapia como suporte teórico para refletirmos sobre essas experiências e posicionamento da pessoa diante da vida.

⁵ Terminologia utilizada por Elisabeth Lukas (1992).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar como familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da cidade de São Luís-MA vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial.

5.2 Objetivos Específicos

- Apresentar a contribuição da visão de homem e de mundo da Logoterapia e Análise Existencial para a compreensão da vivência dos familiares cuidadores.
- Analisar a manifestação dos recursos noéticos na vivência de familiares cuidadores de usuários de um CAPSi na perspectiva de Logoterapia e Análise Existencial.
- Identificar a realização de valores apresentados por Viktor Frankl na vivência de familiares cuidadores de usuários de um CAPSi.

6 METODOLOGIA E MÉTODO

6.1 Tipo de pesquisa

De acordo com Minayo (2009, p. 21), a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Tendo em vista que o objetivo da pesquisa é analisar a vivência de familiares cuidadores de usuários de um CAPSi sob o olhar da Logoterapia e Análise Existencial, compreende-se que a abordagem qualitativa possibilita melhor entendimento dos significados dessa vivência para os participantes.

Em relação ao trabalho de campo, Minayo (2009, p. 61) aponta que esse: “[...] permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social”. Sendo assim, a pesquisa de campo permite essa aproximação da pesquisadora tanto do local em que os dados foram coletados quanto dos participantes do estudo. González Rey (2005, p. 72) também contribui com essa noção, ao afirmar que “a pesquisa qualitativa é um processo permanente de conhecimento, em que os resultados são momentos parciais que se integram constantemente com novas perguntas e abrem novos caminhos à produção de conhecimento”. Apresentadas essas considerações, aponta-se que essa abordagem é primordial ao intuito da pesquisa.

6.2 Instrumentos e materiais

O instrumento utilizado na presente pesquisa foi um questionário sociodemográfico, para caracterizar o perfil do familiar cuidador, e a entrevista semiestruturada (Apêndice A). Para Minayo (2009), esse tipo de entrevista reúne perguntas abertas e fechadas, permitindo que o sujeito entrevistado desenvolva o tema apresentado e não fique preso a questão elaborada. Ainda segundo a autora, a entrevista pode nos fornecer “[...] informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia.” (p. 65)

González Rey (2005, p. 89) também apresenta essa ideia ao afirmar que:

A entrevista, na pesquisa qualitativa, tem sempre o propósito de converter-se em um diálogo, em cujo curso as informações aparecem na complexa trama em que o sujeito as experimenta em seu mundo real. Surgem inumeráveis elementos de sentido, sobre os quais o pesquisador nem sequer havia pensado [...].

Desse modo, a entrevista semiestruturada permitiu certa flexibilidade para a pesquisadora, que não precisou ficar presa a um roteiro previamente elaborado e oportunizou o surgimento de questões que foram além do que foi pensando pela mesma, podendo elucidar questões importantes para o trabalho.

6.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 7 familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes usuárias do CAPSi da cidade de São Luís-MA. Utilizou-se o critério de saturação teórica, a partir da repetição dos relatos, para fechar o tamanho da amostra.

O critério de inclusão adotado foi de que o familiar cuidador fosse responsável pelos cuidados da criança ou adolescente em tratamento e que a criança ou adolescente frequentasse o CAPSi há no mínimo 6 meses.

Foram excluídos os familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes que em razão de alguma dificuldade cognitiva não pudessem responder a entrevista.

6.4 Local de Pesquisa

O local de coleta de dados da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) da cidade de São Luís-MA (cabe mencionar que é o único CAPSi da capital maranhense), que está localizado no bairro do Turu, Rua H, Quadra F, nº 5. Esse estabelecimento funciona de segunda à sexta-feira, das 8:00 horas da manhã até às 18:00 horas da tarde. Sendo um serviço de “portas abertas”, ou seja, não existe a necessidade do encaminhamento de outra instituição, uma vez que, no próprio CAPSi é realizada uma triagem. No que diz respeito a estrutura física do local, é constituído por recepção, banheiros, salas administrativas, cozinha, sala para oficinas terapêuticas e uma extensa área ao ar livre.

Em relação aos profissionais que compõem o quadro do CAPSi e de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2018) temos: psicólogo clínico, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, médico psiquiatra, vigia, recreador, assistente administrativo, faxineiro, diretora administrativa, gerente administrativa e pedagogo.

A escolha desse local ocorreu pela pesquisadora já ter realizado algumas visitas ao mesmo e por ser um dispositivo estratégico dentro da atual política de saúde mental. Soma-se a isso, o fato de atender grande parte da demanda de tratamento a crianças e adolescentes com

diagnóstico de “transtornos mentais” no município de São Luís, sendo mais conveniente para entrar em contato com os participantes da pesquisa.

6.5 Procedimentos gerais e éticos

Inicialmente foi solicitado um ofício da coordenação do curso de Psicologia para que fosse entregue a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da cidade de São Luís. Na SEMUS, foi obtida a assinatura da Carta de Anuência e Declaração da autorização da coleta de dados para que se realizasse a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Com o intuito de atender aos critérios das Resoluções 466/12 (Brasil, 2012) que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos e da Resolução 510/16 (Brasil, 2016) que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no âmbito das ciências humanas e sociais, a presente pesquisa foi submetida ao CEP da Universidade Federal do Maranhão. Com emissão do parecer consubstanciado do CEP sob número do parecer 2.638.299, aprovando a pesquisa, foi preciso retornar a SEMUS para entrega de uma cópia do parecer e recebimento de uma nova declaração com a autorização final para coleta dos dados (Anexo A). A partir disso seguiu-se a entrada no campo de pesquisa.

Primeiramente, a pesquisadora conversou com as gestoras da instituição se apresentado e explicando o tema e objetivos da pesquisa. Prontamente as gestoras autorizaram que as entrevistas fossem realizadas. Uma funcionária do CAPSi apontou quais os dias e turnos da semana seriam mais propícios para a coleta de dados, uma vez que, em alguns horários é realizado um tipo de atendimento com usuários que estão vindo para uma primeira consulta no CAPSi, o que faria com que essas pessoas não se encaixassem nos critérios de inclusão da pesquisa.

A abordagem aos familiares cuidadores ocorreu de forma individual, onde a pesquisadora se apresentava, explicava os objetivos do estudo e fazia uma averiguação se este atendia aos critérios de inclusão do estudo, desse modo, aqueles que atendiam aos critérios eram convidados a participar da pesquisa. Segundo González Rey (2005), essa etapa é importante para que os participantes sintam-se mais dispostos e aceitem colaborar com a pesquisa.

A partir do aceite dos participantes, era verificada a possibilidade da entrevista ser realizada no mesmo dia. No segundo momento a pesquisadora explicava um pouco mais sobre o estudo, assim como, apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Solicitou-se que o participante lesse ou, caso achasse melhor, a pesquisadora fazia a leitura.

Finalizada a leitura, era perguntado se havia alguma dúvida e após respondê-las o termo era assinado em duas vias, sendo uma da pesquisadora e a outra do participante.

A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2018 no próprio CAPSi e todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

6.6 Referencial de análise do material

O referencial utilizado para análise dos dados coletados é a análise de conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (1977). De acordo com a autora lançar mão da análise temática “consiste em descobrir ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (p. 105). A escolha desse referencial se deu em razão do próprio objetivo da pesquisa, pois possibilita a interpretação das mensagens apresentadas pelos participantes.

Bardin (1977), apresenta as seguintes etapas da análise temática: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Segundo Minayo (2004), na primeira etapa o pesquisador deve selecionar os documentos que serão analisados e retomar os objetivos da pesquisa. E através da “leitura flutuante” entra em contato com os dados coletados e deve-se deixar absorver pelo material a ser analisado. Bardin (1977) aponta que nessa etapa podem ser formuladas hipóteses e objetivos que serão importantes para posterior análise dos dados.

Na segunda etapa, Bardin (1977, p. 103) afirma que “tratar o material é codificá-lo”, onde há uma transformação dos dados brutos do texto que “permite atingir uma representação do conteúdo”. Destaca-se nessa fase algumas características apresentadas por Gomes (2009). O autor afirma que podemos “[...] identificar, através de inferências, os *núcleos de sentido* apontados pelas partes do texto em cada classe do esquema de classificação”. Ainda é possível a escrita de um texto por tema em que se pode articular conceitos teóricos de outros estudos (p. 92).

Já a terceira etapa caracteriza-se por uma interpretação. É nessa etapa que o pesquisador pode ir além do material, buscando uma significação maior para os dados que foram analisados na etapa anterior. Para tanto, é fundamental que o pesquisador esteja de posse de um embasamento teórico acerca do objeto de estudo (GOMES, 2009). Para o mesmo autor, “chegamos a uma interpretação quando conseguimos realizar uma síntese entre: as questões da pesquisa; os resultados obtidos a partir da análise do material coletado, as inferências realizadas e a perspectiva teórica adotada” (p. 91).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo serão apresentados os principais resultados encontrados a partir da análise do material coletado, com base no objetivo do estudo. Inicialmente será exposta a caracterização do perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores (*quadro 1*) e dos usuários que estão em atendimento no CAPSi (*quadro 2*). Em seguida partiremos para a exposição das categorias obtidas através da análise de conteúdo temática e discussão apoiada no referencial teórico já explicitado.

No que concerne a caracterização do perfil sociodemográfico, a presente pesquisa foi composta pela participação de 7 familiares cuidadores de usuários do CAPSi da cidade de São Luís - MA. Sendo que esse quantitativo foi constituído majoritariamente por mulheres, mães, e apenas um homem, pai. Esse dado também foi encontrado em outros estudos realizados com familiares de usuários de CAPSi (MACHINESKI, 2011; TAÑO; 2014; CAMPELO, 2014), em que as mulheres, principalmente as mães, prevalecem como responsáveis pelos cuidados da criança ou adolescente em sofrimento psíquico.

A idade das (o) participantes do estudo variaram entre 29 anos a 49 anos, sendo a média da idade das mesmas de 37 anos. Em relação a escolaridade, 4 participantes afirmaram terem concluído o Ensino Médio (sendo que dois que completaram o Ensino Médio também realizaram o Ensino Técnico), 1 afirmou ter feito o ensino fundamental incompleto, 1 estudou até o ensino fundamental e 1 afirmou ter feito o ensino médio incompleto. Todas (o) as (o) participantes informaram possuir alguma ocupação ou profissão, apesar de que uma não exerce o ofício atualmente e duas deixaram de trabalhar para cuidar do filho.

No que diz respeito a religião, cinco se declararam católicas e duas participantes se identificam como evangélicas. E sobre o Estado Civil, quatro participantes se declararam em união estável; dois afirmaram serem solteiros e uma participante afirmou ser casada. A quantidade de moradores na residência dos familiares cuidadores variou entre três e no máximo cinco pessoas.

De modo geral, o estudo foi composto principalmente por mulheres, cujo grau de parentesco foi o de mãe da criança ou adolescente, com o nível de escolaridade de médio a baixo. Em relação as ocupações e/ou profissões relatadas observamos que algumas mães deixaram de trabalhar para cuidar do filho e as demais exercem atividades laborais sem vínculo empregatício e a maioria possui alguma relação conjugal.

Quadro 1: Caracterização dos familiares cuidadores

<i>Identificação (Todos os nomes são fictícios)</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Religião</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Grau de parentesco com o usuário</i>	<i>Número de moradores na residência</i>	<i>Ocupação ou profissão</i>
Júnior	32	M	Ensino Médio e Técnico	Evangélico	Solteiro	Pai	4	Trabalha com “instalação um”
Fernanda	42	F	Ensino Médio Completo	Católica	União Estável	Mãe	4	Pescadora
Maria	29	F	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	União estável	Mãe	5	Lavadora
Patrícia	38	F	Ensino Técnico e Médio completo	Católica	Casada	Mãe	3	Técnica em enfermagem (atualmente não exerce o ofício)
Alegria	37	F	Ensino Fundamental Completo	Católica	Solteira	Mãe	4	Doméstica (atualmente não exerce o ofício)
Diana	32	F	Ensino Médio Completo	Evangélica	União Estável	Mãe	4	Cozinheira (deixou o trabalho formal e trabalha com encomendas)
Cristina	49	F	Ensino Médio Incompleto	Católica	União estável	Mãe	3	Autônoma (vende roupas íntimas e ‘revistinhas’).

Fonte: Autoria própria

Vejamos então quem são os usuários dos CAPSi que estão sob os cuidados dos participantes da pesquisa.

Quadro 2: Caracterização dos usuários do CAPSi

<i>Identificação (Todos os nomes são fictícios)</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Diagnóstico (informado pelo familiar)</i>	<i>Tempo de atendimento no CAPSi</i>
Batman	7 anos	M	Autismo	3 anos
Mário	12 anos	M	Autismo	2 anos
Tony	5 anos	M	Epilepsia e Retardo Mental	1 ano e 7 meses
Lara	9 anos	F	Retardo mental e dificuldade de aprendizagem	2 anos
Thor	10 anos	M	Autismo	5 anos
Pietro	12 anos	M	Retardo Mental	1 ano
João	10 anos	M	Autismo	2 anos

Fonte: Autoria própria

As idades dos usuários do CAPSi variaram entre 5 anos e 12 anos, onde cinco são considerados crianças por se incluírem na faixa etária de 5 a 10 anos de idade e dois são considerados adolescentes por já terem completado 12 anos de idade⁶. A maioria é do sexo masculino, tendo uma usuária do sexo feminino. Os dados referentes a idade dos usuários do CAPSi e a distribuição quanto ao sexo corroboram com os achados de Reis (2006 apud REIS et al., 2016b) em pesquisa realizada nos CAPSi do estado de São Paulo, onde o autor também encontrou o predomínio do sexo masculino e boa parte das crianças e adolescentes encontravam-se na faixa de dez e catorze anos.

Os diagnósticos acima expostos foram informados através dos familiares participantes do estudo, onde houve a prevalência dos diagnósticos de autismo e retardo mental.

Como já explicitado, o CAPSi se destina ao atendimento de crianças e adolescentes com algum comprometimento psíquico grave, em que se inclui as pessoas com autismo (BRASIL, 2004).

Sobre a terminologia “retardo mental”, é importante esclarecer que essa nomenclatura se encontra descrita na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

⁶ Parâmetro baseado na classificação adotada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (2008) em que se considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Relacionados com a Saúde (CID – 10), ainda em vigência no ano de 2018, porém, é considerada ultrapassada. O termo mais atualizado e que vem sendo difundido é “deficiência intelectual” (NASCIMENTO; SZMANSKI, 2013).

Outro sistema de classificação bastante utilizado no campo da psiquiatria, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DMS – V), inclui o transtorno do espectro autista e a deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) no grupo dos “transtornos do neurodesenvolvimento” (DSM – V, 2014).

Em relação ao período em que os usuários estão em atendimento no CAPSi houve uma variação entre 1 ano a 5 anos, o que nos indica que estão em tratamento a um tempo significativo.

7.1 Apresentação das Categorias

O objetivo dessa pesquisa foi analisar como familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos teóricos da Logoterapia e Análise Existencial. Para alcance desse objetivo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 7 familiares cuidadores de crianças e adolescentes que frequentam o CAPSi há pelo menos 6 meses e que sejam responsáveis pelos cuidados do familiar em tratamento. Após transcrição das entrevistas foram realizadas diversas leituras para melhor absorção do material a ser analisado, o recorte dos trechos selecionados anteriormente, categorização dos fragmentos selecionados, em que se buscou relatos similares e posterior interpretação. Dessa forma, foi possível chegar a duas categorias principais e suas categorias intermediárias:

Categoria 1: Da desconfiança inicial à certeza

Categorias intermediárias:

Percepção da necessidade de um serviço de saúde especializado para o familiar;

Reações frente ao diagnóstico;

Aceitação;

Acesso ao CAPSi.

Categoria 2: Ser familiar cuidador de uma criança ou adolescente em sofrimento/adoecimento psíquico.

Categorias intermediárias:

Cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico;

Vivências de lazer;

Mudanças na vida do familiar cuidador;
Expectativas em relação ao futuro.

7.1.1 Da desconfiança inicial à certeza

Nessa categoria será apresentado como os familiares cuidadores começaram a perceber que seu filho precisava de algum tipo de atendimento de saúde especializado, as reações diante do diagnóstico psiquiátrico, a aceitação de ter um membro da família em tratamento de saúde mental e o acesso ao CAPSi.

Percepção da necessidade de um serviço de saúde especializado para o familiar

Inicialmente as(os) participantes da pesquisa foram questionadas(os) sobre quando perceberam que o familiar precisava de algum tipo de atendimento de saúde. Alguns familiares relataram terem observado um comportamento “diferente” na criança, como pode ser visto na fala desse entrevistado:

“(…) por volta dos três anos de idade, três a quatro anos que a gente percebeu, devido ao comportamento, a princípio a gente imaginava que fosse teimosia da criança, mas aí a gente foi procurar ajuda com alguns conhecidos e foi aí que a gente percebeu que não era normal o comportamento dele. Aí foi que a gente procurou informações, procurou se informar, procurar médico, mas foi um período muito desgastante, essa questão de conhecer assim o autismo, porque a princípio a gente não sabia nem o que era o autismo”. (Júnior)

Nesse trecho ressaltamos o fato de que inicialmente o participante acreditava que o comportamento do filho estava relacionado a “teimosia” de criança, mas ao se dar conta de que o comportamento não era “normal”, ou seja, de que havia algo além de uma “teimosia” passou a buscar por ajuda especializada para o filho. Segundo Melman (2001), esse momento inicial em que os familiares estão buscando ajuda para o membro da família em sofrimento psíquico é permeado por dúvidas e angústias frente essa situação que se impõe. Observamos isso quando o familiar designa esse período como “desgastante”, o que já nos dá um indício das dificuldades iniciais vivenciadas por essa família. De acordo com Rizzini, Leite e Menezes (2013), a angústia nesse período de busca por atendimento também se relaciona ao fato de que os familiares percorrem vários especialistas como vemos nesse relato:

“Procurei consultar com a pediatra... Aí a pediatra disse baseada em que você quer essas consultas... Aí eu falei né... Aí a primeira coisa que eu fui foi a fono... Aí a fono mandou eu... Ele falou tudo que tinha na sala... Ele fala tudo... Conhece os objetos tudinho... Aí ela disse então faça a consulta com o neuro... Aí eu procurei neurologista, na época era Dr. P. na APAE, consultei tudinho... Daí eles passaram um exame de cabeça... bateu... num dá nada (...)”. (Cristina)

A percepção de que o filho precisava de algum tipo de ajuda especializada também foi perpassada por questões relacionadas a dificuldades de aprendizagem na escola, sendo relatado por quatro entrevistadas. Destacamos a seguir a história de Patrícia e Fernanda que representam esse aspecto:

“(...) eu percebia que ela estava com dificuldade de aprendizado, que ela não era muito boa na escola que eu botei ela desde dois aninhos de idade, então eu sabia que ela tinha alguma dificuldade só que a escola particular que eu botei não diagnosticou, quando ela foi pra rede pública, foi lá... quando ela ia fazer a primeira série foi que descobriram que ela tinha dificuldade de aprendizado, aí foi que me chamaram que era pra mim procurar um.... psicopedagoga pra ela”. (Patrícia)

“(...) quando o segundo filho nasceu eu percebi uma diferença entre um e o outro. Percebi que o primeiro, que é especial, ele tinha crises de choro quando ele era bebê, recém-nascido, sem explicação, percebia a diferença dele com o outro sobre atenção, ele queria muita atenção e tudo dele era só comigo, não tinha preferência de outra pessoa, era só comigo. Então eu botei ele com 1 ano e meio numa escolinha pra ele já ir se desenvolvendo a coordenação motora e também ele sentiu dificuldade né. As professoras viram diferença entre ele e as outras crianças e me chamou. Até então.... eu já tinha percebido mas não queria... achava que devia ser alguma diferença pouca, mas aí eu comecei a procurar ajuda médica”. (Fernanda)

Esse dado corrobora com estudo desenvolvido por Falavina e Cerqueira (2008), onde em algumas situações a escola se mostrou como a primeira a chamar atenção dos pais ou cuidadores para possíveis dificuldades enfrentadas pela criança ou adolescente, fazendo com que a desconfiança inicial dos cuidadores se confirmasse e de certo modo validando as percepções da família. Tanto no estudo citado quanto na presente pesquisa algumas famílias passaram a buscar tratamento para os filhos a partir da indicação ou encaminhamento da escola. As autoras apontam que a escolarização das crianças pode ser compreendida como um indicador da saúde mental, do desenvolvimento das mesmas e acrescentam que a escola tem exercido um papel importante nos encaminhamentos realizados para os serviços de saúde especializados.

Em relação a experiência dos familiares cuidadores, os relatos apresentados nos fazem pensar o quão difícil pode ser para uma família esse momento inicial de desconfiança, de que existe algo “diferente” no filho e de que possivelmente a criança ou adolescente irá precisar passar por algum tipo de tratamento de saúde. Na perspectiva da Logoterapia, podemos afirmar que esse é um *destino*, aquilo que não pode ser modificado e que não depende do ser humano (FRANKL, 1989), que se impõe a essas famílias. Podendo então, gerar certo grau de sofrimento, partindo do pressuposto que os pais esperam que seus filhos ou filhas se desenvolvam dentro do que é considerado “saudável”, além de terem que lidar com as inúmeras dificuldades que podem circunscrever essa situação, como mudanças na dinâmica da família e a exigência de uma dedicação maior aos cuidados do familiar.

Frankl (2008, p. 136-137), ao escrever sobre a capacidade humana de encontrar sentido no sofrimento e da adoção de uma postura afirmativa frente à vida, afirma que:

[...] podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. Porque o que importa, então, é dar testemunho do potencial especificamente humano no que ele tem de mais elevado e que consiste em transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana. Quando já não somos capazes de mudar uma situação [...] somos desafiados a mudar a nós próprios.

Para a Logoterapia, quando a vida nos coloca uma situação que não pode ser modificada, ainda há a possibilidade de escolher qual postura adotar para enfrentar essa situação, realizando sentido através dos valores de atitude, nas palavras de Frankl (1989, p.83): “A possibilidade de realizar estes valores de atitude sempre se verifica, portanto, quando um homem arrosta um destino perante o qual nada mais pode fazer que aceitá-lo, suportá-lo; tudo está no modo como o suporta [...]”. Desse modo, entendemos que esses familiares cuidadores não podem *modificar* que o seu filho ou filha estejam apresentando um quadro clínico que requisite cuidados. Contudo, ainda podem fazer uso da sua liberdade da vontade e se posicionar de maneira responsável ao que a vida está lhes colocando.

Reações frente ao diagnóstico

As(o) participantes da pesquisa foram questionadas(os) sobre qual havia sido a sua principal atitude diante do diagnóstico. Observamos que, para a maioria dos familiares esse momento foi bastante difícil. Alguns apresentaram reações similares que envolvem um aspecto emocional, pois relataram sentir tristeza, raiva e medo em relação ao preconceito, além de inicialmente não aceitarem que o familiar precisaria passar por um tratamento de saúde mental. Veremos que essa “não aceitação” se delineou, principalmente, em um momento inicial, onde o que antes se configurava como desconfiança passou a ser uma “certeza”.

“(...) a gente fica triste porque a gente sabe que autismo é uma, não digo doença, é uma situação que não tem cura humanamente falando, só Deus mesmo que pode dá a cura e não é fácil, até hoje a gente pergunta porque logo comigo né, mas aquela questão a gente se apega em Deus (...) se Deus concedeu a mim essa situação, eu tenho que seguir da melhor maneira possível, mas não é fácil não, tanto pra mim quanto pra mãe dele foi muito difícil.”. (Júnior)

Nesse relato vemos que Júnior expõe uma tristeza em razão do autismo não ter cura e chega a se questionar sobre porque isso teria acontecido consigo. Ressaltamos que, embora o entrevistado tenha feito referência a um sentimento de tristeza ao saber do adoecimento do filho, completa dizendo que tem que “seguir da melhor maneira possível”. Tomando como referência as proposições teóricas da Logoterapia, podemos pensar que mesmo diante de uma situação a

princípio desafiadora esse familiar parece buscar mudar a sua própria atitude para enfrentar essa situação, sendo esse um indicativo da realização de valores de atitude (FRANKL, 2011; KROEFF, 2014).

Nos chama atenção a religiosidade presente na fala desse entrevistado e a atribuição do diagnóstico de autismo do filho a uma espécie de “concessão” divina. Sobre essa noção de cura, a literatura consultada tem apontado que os familiares de pessoas em sofrimento psíquico apresentam um sentimento de tristeza ao saberem que a “doença” do seu familiar não tem cura e a religiosidade, a fé ou a crença em Deus tem sido utilizada como uma estratégia para enfrentar essa situação (DELGADO, 2014).

Do ponto de vista da Logoterapia, Frankl (2011) nos assinala que a religiosidade é um fenômeno exclusivamente humano, sendo compreendida como algo que pode contribuir positivamente para a saúde mental do homem. Nessa temática é que o autor introduz o conceito de suprasentido, ou seja, um sentido último que pode ser encontrado através da fé. Sendo assim, concordamos que a religiosidade pode contribuir positivamente para o enfrentamento dessa situação por se mostrar como uma possibilidade para a realização de sentido.

As entrevistadas Patrícia e Alegria também expressaram suas reações:

“Ah eu chorei muito né... minha reação... não foi das melhores e pra gente descobrir que nossa filha tem essa dificuldade (...) esse tipo de deficiência num é bom (...)”.
(Patrícia)

“Difícil, difícil demais... ainda mais porque eu tenho três meninos né e ele tinha que ter um cuidado mais especial, tinha que me dedicar mais a ele, então foi muito difícil pra mim (...)”. (Alegria)

Observamos que essas reações iniciais se referem a um momento em que o familiar cuidador se enxerga diante de uma situação inesperada e permeado por dúvidas, pois muitos relataram durante as entrevistas que nunca tinham “ouvido falar” da psicopatologia apresentada pelo familiar. Apesar disso, comparece na fala de Alegria um indicativo da mobilização da autotranscendência ao afirmar que precisava se “dedicar” mais ao filho que é atendido no CAPSi, ou seja, mesmo relatando que foi um momento difícil, conseguiu transcender a si própria, se dirigindo a um ser humano que precisava de um cuidado mais específico naquele momento (FRANKL, 2005).

Os relatos que veremos a seguir nos mostram algumas perspectivas similares que se relacionam a não aceitação inicial do diagnóstico médico:

“(...) pra mim foi muito difícil porque até agora assim tem hora que eu digo ‘meu filho tem nada não, essa médica é doida, meu filho tem nada não’, mas aí eu passei um mês sem vim fazer... sem tá fazendo (*refere-se ao tratamento no CAPSi*), ‘ah não vou mais não, essa médica tá é vacilando aí, falando besteira do meu filho’. É difícil a gente acreditar né, é difícil a gente aceitar que um filho da gente tem algum problema né, aí eu disse não, meu filho não é doido, porque a primeira coisa que quem tem é ‘ah, ele é

doido’, mas só que a gente vai indo, a gente vai tendo acompanhamento com eles, a gente vem conversa, ‘não, ele não é doido, ele tem o retardo mental mesmo, outras coisas assim’ (...)” (Diana)

“Aí entreguei pra outra médica, ela disse mãe ‘ele é um autista’, pelo jeito que tá aqui... características do autismo... aí naquele momento eu pensava assim, que o autismo tinha cura, que ele ia tomar o medicamento e ia ficar bom né... ela foi me botando a par dessa situação e eu fiquei desesperada né... não aceitei aquilo ali foi como se abrisse uma coisa... acabou o mundo pra mim ali... saí de lá... não sei nem como eu atravessei a avenida... na época ele tava com 4 anos... aí eu fui pra casa e nem ele também aceitou né (*refere-se ao marido*)... aí eu ignorei essa médica, achava que ela era muito grossa... louca... não aceitava (...)”. (Cristina)

Vemos que na fala da entrevistada Diana comparece uma preocupação em relação ao filho ser considerado “doido”. De acordo com Campelo (2014), o estigma em torno da “doença mental” pode gerar “sentimentos de negação e vergonha” como visto nesse relato. Ao final do mesmo fragmento já observamos que Diana, com o acompanhamento no CAPSi, ampliou a sua compreensão sobre o diagnóstico do filho quando afirma que este não é “doido” e deixa de reduzi-lo a um diagnóstico psiquiátrico.

Já Cristina apresentou uma dificuldade mais acentuada em aceitar que o filho é autista e, assim como, no relato do entrevistado Júnior revela-se na sua fala a noção de cura e de que através da medicalização essa “cura” seria alcançada. Compreendemos que, inicialmente, para essa mãe, não foi possível perceber um sentido nessa situação imposta pela vida. Do ponto de vista da Logoterapia, devemos destacar que é provável que situações desafiadoras se coloquem perante a família, mas ao encontrar um sentido único e na situação que está sendo apresentada pela vida é possível a superação das dificuldades (LUKAS, 1992).

Em outro trecho destacado, Cristina nos fala da “idealização” em relação ao filho, do que ele poderia vir a ser um dia e, ao se deparar que o mesmo é autista parece reduzi-lo a esse diagnóstico. A participante também demonstra uma preocupação em relação ao preconceito que poderia ser vivenciado por seu filho, tanto na própria família quanto na sociedade em geral. Rosa (2005) aponta que, dentre as implicações existentes a partir do momento em que os familiares são convocados a participarem de forma mais ativa do cuidado, está um receio do preconceito que pode vir da sociedade. No entanto, é fundamental que as famílias não permitam que esse preconceito as iniba de lutar pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e nem as restrinja do convívio social.

“Aí quando ela falou eu tinha uns planos pra ele assim... ele é um menino bonito, grande... aí eu tinha assim dele ser um policial, entendeu? Quando ela falou aquilo ali (...) Tentei esconder da minha família né, não quis falar logo por causa do preconceito, sabe né que rola preconceito... Eu não queria ser mãe de criança especial, autismo... eu tinha vergonha, assim não era vergonha dele, mas que as pessoas poderiam maltratar e ter preconceito com ele né (...)”. (Cristina)

A análise dos relatos nos leva a afirmar que a visão de homem da Logoterapia e Análise Existencial traz uma importante contribuição nesse aspecto. Notamos que os familiares revelaram uma dificuldade em aceitar que os filhos apresentam algum tipo de “transtorno mental”. Nesse ponto, podemos trazer a ontologia dimensional proposta por Frankl (2011), que nos auxilia a entender a crítica do autor as teorias reducionistas sobre o ser humano e a enxergar este *ser* como uma “unidade biopsiconoética”, ou seja, o homem não é um autômato em que seria reduzido a condicionantes físicos, psíquicos ou sociais; o ser humano é em essência espiritual. Portanto, ainda que essas crianças e adolescentes apresentem comprometimentos no aspecto biológico e psíquico, é importante que os familiares não as reduzam a um diagnóstico psiquiátrico e possam as compreender para além de suas patologias ou limitações, uma vez que, “adoecer é próprio do organismo psicofísico, jamais da pessoa espiritual (FRANKL, 1978, p. 191).

Podemos afirmar que os familiares cuidadores esboçaram suas *reações* ao saberem que seus filhos (a) estavam acometidos de um problema de saúde mental, mas vimos que alguns conseguiram *agir* a princípio e foram em busca de tratamento para o familiar (LUKAS, 1992, p. 48).

Duas familiares ao relatarem sobre esse momento em que souberam que o filho estava em adoecimento psíquico expuseram uma atitude de “ir em busca” ou “correr atrás” do tratamento.

“Ah minha principal atitude foi buscar mesmo atendimento, ajuda, tratamento, as melhores formas que tivesse (...) percebi que ele melhorou muito e também com medicamentos”. (Fernanda)

“Ah, eu... foi correr atrás, não dizer assim que eu vou largar meu filho de mão (...) a gente correu atrás da melhora dele porque se a gente não correr atrás quem que vai atrás?.” (Maria)

De acordo com Kroeff (2014), o autodistanciamento permite que o ser humano se afaste de uma determinada situação, não se feche e nem fique cego às possibilidades que existem para enfrentá-la. Identificamos aqui, que essas mães, fazendo uso da sua liberdade da vontade e do seu *ser-responsável*, ampliaram a sua consciência e escolheram buscar quais as possibilidades que existiam em relação ao tratamento para o familiar. Acrescenta-se que ao tomar uma atitude frente a uma situação que não pode ser modificada, essas mães estão realizando sentido através dos valores de atitude (FRANKL, 2011).

Aceitação

Durante a análise dos dados constatamos que três dos familiares cuidadores, ao responderem o questionamento sobre a sua principal atitude frente ao diagnóstico do filho, expuseram reações iniciais que envolviam sentimentos como tristeza, medo, raiva e algumas dificuldades. Entretanto, revelaram também uma aceitação, sendo esse um indicativo da liberdade da vontade humana e do *seu ser-responsável e ser-consciente*. Frankl (2008; 2011), não deixa dúvidas ao alegar que o homem não é livre de contingências biológicas, psíquicas e sociais, mas é livre para escolher como se posicionar perante as diferentes situações a que é apresentado. Assinalamos assim o exercício de valores de atitude, pois quando o homem é defrontado com um destino que não pode mudar, ainda pode se dirigir ao seu interior e escolher qual postura adotar (KROEFF, 2014).

Lukas (1992) reitera a importância de que os pais de crianças e adolescentes com alguma dificuldade psíquica sejam encorajados a aceitarem seus filhos para que assim busquem as melhores formas de enfrentar as dificuldades e realizar sentido. Nessa direção vemos o relato de Diana:

“(...) então pra mim era mais difícil... foi muito difícil... o pai dele não aceita... meu marido também não aceitava, mas depois de muita conversa foi que eu já trouxe ele aqui, entendeu? Pra explicar melhor, agora o pai dele, a família do pai dele... ninguém aceita, ninguém diz que ele tem... porque isso é só besteira minha que eu botei na cabeça... aí é desse jeito, mas agora não... agora eu já estou aceitando... já sei dos problemas dele, que ele é um abençoado, é uma benção... cada qual tem sua diferença né... tem que aceitar e ajudar ele no que puder”. (Diana)

No relato acima atentamos que, embora a família do pai de seu filho não aceite o diagnóstico de “transtorno mental”, Diana já apresenta uma outra postura, não só aceitando a diferença do filho, mas também afirmando que deve ajudá-lo no que puder. Concretiza-se nessa fala da entrevistada o que havia sido mencionado anteriormente sobre uma mudança em sua atitude interna em que passa a aceitar o filho com a sua singularidade.

As entrevistadas Cristina e Patrícia também falaram de uma mudança de postura frente o adoecimento psíquico de seu familiar:

“(...) depois passando pela psiquiatra, aí fui passando as terapias, fui vendo... eu não fiz terapia nenhuma pra aceitar essas coisas... ele que teve né... aí eu tive que aceitar e conversei com meu marido, falei pra minha irmã (...) Aí eu fui correndo atrás, como diz os outros a ficha foi caindo, ou eu aceitava ou as coisas só tinham que piorar né, aí eu aceitando né, até hoje assim tá nessa lida com ele (...)”. (Cristina)

“(...) mas depois eu tirei de letra, eu pedi ajuda, graças a Deus ela é bem recebida, eu também sou acolhida graças a Deus, então hoje em dia eu já tô bem mesmo... aceito

né, não é dizer que eu nunca aceitei, sempre aceitei, eu sabia que ela tinha essa dificuldade entendeu, mas hoje eu já estou tranquila”. (Patrícia)

Os relatos acima expostos, nos mostram que os filhos(as) das(os) participantes da pesquisa continuam realizando o tratamento de saúde mental. No entanto, já podemos notar uma mudança na atitude desses frente a um destino que não pode ser modificado. Assim, identificamos, mais uma vez, na vivência dos familiares cuidadores, o exercício de valores de atitude e, portanto, da realização de sentido. Ainda que essa experiência seja perpassada por dificuldades, limitações e sofrimento, não se retira a possibilidade de encontrar e realizar sentido (FRANKL, 2008; 2011).

Como as entrevistas foram realizadas no CAPSi buscou-se conhecer como os familiares tiveram acesso a essa instituição.

Acesso ao CAPSi

Como apontado anteriormente, o CAPSi é compreendido como um dispositivo estratégico dentro da rede de atenção à saúde mental infantojuvenil que, tanto atua no atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, quanto na ordenação das demandas que envolvem à saúde mental infantojuvenil no território que está inserido, operando, desse modo, em duas frentes: terapêutica e gestora (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Em relação ao acesso dos participantes ao CAPSi a maioria das(os) entrevistadas afirmaram que foram encaminhadas(os) por outro serviço de saúde, como vemos nos seguintes fragmentos:

“Me indicaram, eu fui fazer uma consulta com ele lá no Instituto Farina, a gente chegou até o Farina e lá a pessoa disse olha o atendimento dele não é aqui, aí foi como indicou o CAPS, aí foi que eu vim aqui e conheci, eu não conhecia, mas foi indicação de um médico lá do Farina, que trabalhava aqui na época que indicou a gente pra cá”. (Júnior)

“Foi a neuro lá do Materno Infantil que indicou [...] que ela disse que era bom que ele fizesse acompanhamento médico aqui também que ia ser melhor pra ele, pro desenvolvimento dele”. (Maria)

“O CAPSi é porque na suspeita de autismo a médica me encaminhou pra psiquiatra aí eu consegui consulta lá na APAE, doutora A., e acompanhou ele até os 8 anos, aí doutora A. foi afastada, mas também ele já tinha chegado a idade que não podia mais ser atendido por ela, já tinha que ser com outro médico, aí ele ficou sem atendimento por um tempo e eles me indicaram pra vim pra cá”. (Fernanda)

“Ele foi transferido da APAE pra cá, foi a APAE que transferiu ele”. (Alegria)

Observamos que as(os) quatro entrevistadas(os) mencionam algum outro serviço de saúde que tenha indicado ou, no último caso, transferido a criança ou adolescente para o CAPSi,

o que nos assinala que possivelmente esse não foi o primeiro lugar a buscarem por ajuda. Já em outros relatos houve uma procura espontânea por parte do familiar como vemos a seguir a situação de Diana que estava aguardando um encaminhamento do Conselho Tutelar, mas em razão da demora precisou busca-lo por outro meio. Cristina, por sua vez, obteve conhecimento do CAPSi através de uma pessoa de sua família.

“Eu fui direto no CAPS da Raposa que tem CAPS lá, mas só que o CAPS de lá é só para adulto, aí a moça me deu o encaminhamento pra cá ai eu vim direto pra cá, eu tava esperando isso desde o ano passado pelo Conselho Tutelar. O Conselho Tutelar vinha me ajudando pra trazer pra cá, nunca resolveu nada, então eu resolvi correr atrás só, fui lá e de lá... foi rápido aqui, o atendimento aqui foi rápido”. (Diana)

“Eu tenho uma irmã que tem uma filha autista (...) Aí informaram pra ela que tinha aqui, conseguiu aqui... Aí ela me disse Cristina lá no Turu tem, me deu o endereço direitinho, eu peguei o encaminhamento e vim pra cá... Graças a Deus aqui eu fui bem atendida, consegui tudinho aqui...” (Cristina)

Os achados da presente pesquisa coadunam com resultados encontrados por Delfini, Bastos e Reis (2017) em pesquisa recente que revela que o encaminhamento para o CAPSi ocorreu pelas seguintes vias principais: pela indicação de profissionais de saúde ou da escola e por uma busca espontânea dos familiares, geralmente precedida por alguma indicação informal com profissionais, familiares ou conhecidos. Os dados aqui relatados expõem o predomínio de acesso ao CAPSi através da indicação de outros profissionais ou serviços de saúde e a busca espontânea.

7.1.2 Ser familiar cuidador de uma criança ou adolescente em sofrimento/adoecimento psíquico

“Aí mãe de autista já sabe né... Ela... Como te falei ela é um pacote, é médica, é advogada... Advogada assim porque tem que lutar pelas coisas dele... Defende porque tem os preconceitos... às vezes, dentro do ônibus a pessoa não quer dá a cadeira, aí a gente tem que pedir... professora porque tem que ensinar, tem coisa que lá na escola não aprende, aí tem que ensinar em casa e aí por diante (...)” (Cristina)

Nessa categoria reuniremos os relatos sobre como é cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico, as possibilidades de vivências de lazer, as mudanças advindas na vida do familiar cuidador e as expectativas em relação ao futuro.

Cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico

As(os) participantes do estudo falaram sobre como é a experiência de cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico. As respostas das entrevistadas perpassaram por questões que envolvem dificuldades vivenciadas e também como se sentem ao cuidar do familiar.

“É um pouco complicado porque a gente tem que aprender, tem que pesquisar, tem que analisar pra poder entender um pouco porque até hoje, às vezes, ele tem... coisas que ele fala comigo que eu não entendo e ele fica muito brabo porque diz que eu não entendo ele, mas é porque ele tem uma maneira de ver as coisas ao contrário de mim (...).” (Fernanda)

“Difícil, normalmente é muito difícil, ele tem... já tá com uns três anos que ele não dá crise Graças a Deus, só que o comportamento dele é mais da conta, ele não fica quieto, ele não obedece, ele não... vamos dizer assim... ele quer fazer tudo que vem na cabeça dele, aí não quer fazer nada que a gente manda, aí xinga, chama nome, se joga no chão. Aí é difícil pra mim como mãe no meio dos outros ninguém sabe que que ele tem pensa que é mau criação, mas não é. A gente que é pai é que sabe que é que passa dentro de casa, é difícil, difícil mesmo.” (Maria)

“Isso daí estressa, demais... um cansaço entendeu... porque ele é muito elétrico, eu não posso deixar ele sozinho, de jeito nenhum, ainda mais dentro de casa ele é muito artilheiro assim de fazer as coisas... demais...” (Alegria)

“(...) a gente é muito cansada, sobrecarregada, é medicamento, é terapia de coisa, é chamada atenção (...) isso tudo a gente se estressa, fica nervosa, acontecer alguma coisa”. (Cristina)

Os relatos acima nos aproximam um pouco mais das vivências diárias dessas mães enquanto cuidadoras e notamos que essas sentem-se cansadas e até mesmo “estressadas”, como dito por Alegria. Como já explanado no referencial teórico, as famílias de pessoas em sofrimento psíquico vivenciam uma sobrecarga subjetiva, que envolve os aspectos emocionais e os sentimentos, e uma sobrecarga objetiva que engloba problemas financeiros, mudança na vida de forma geral, atividades do dia-a-dia como acompanhamento em consultas, alimentação, o uso dos medicamentos e outras. Além disso, existem os “comportamentos considerados problemáticos”, que foram exemplificados nos relatos de Maria e Alegria, e que muitos familiares não sabem como lidar. Em se tratando dos cuidados a crianças e adolescentes, existe um fator adicional que se refere ao fato de estes ainda estarem em uma fase de desenvolvimento, implicando em cuidados específicos da faixa etária (BANDEIRA e BARROSO, 2005 apud RIZZINI; LEITE; MENEZES, 2013, p. 64).

Concordamos que essa perspectiva precisa ser considerada, tendo em vista que essa sobrecarga pode acarretar um adoecimento físico e psíquico desses familiares cuidadores, tornando a dimensão noética inacessível e reduzindo a sua manifestação, devido ao bloqueio

que pode ser provocado pelo adoecimento psico-físico. Evidenciamos que a visão de homem proposta por Frankl (2011) enxerga o ser humano em sua totalidade, que esse não é apenas uma “unidade físico-psíquica”, pois há uma dimensão mais abrangente e inclusiva – a dimensão noética. É nessa dimensão que localizamos os fenômenos especificamente humanos, que permitem a esse ser exercer a sua liberdade diante de condições limites, a exercer valores, a se questionar pelo sentido da vida, a se dedicar a um outro ser humano ou tarefa, indo além de si próprio (FRANKL, 2005). Apontamos que, embora esses familiares se deparem com limitações e de que não estão livres de certos condicionantes, ainda assim, podem fazer uso da sua capacidade de autodistanciamento e da liberdade, mesmo que limitada, e escolher qual atitude tomar.

O relato a seguir de Diana nos mostra como essa mãe afirma se sentir mais capacitada para cuidar do seu filho, esboçando o exercício de valores de atitude frente ao que se colocou inicialmente como um desafio.

“Hoje já me sinto mais capaz de cuidar dele, já me sinto melhor pra cuidar dele porque antigamente eu não gostava ‘ah lá vem Pietro.’ ... credo... era um cansaço... Hoje não, é um menino carinhoso, eu gosto de cuidar do meu filho. Todo mundo dizia ‘mãe, não sei como tu aguenta, esse menino vale por 10’, mas se Deus me deu esse fardo bem aqui é porque eu dou conta... **Hoje eu acho agradável cuidar dele porque eu aprendo muita coisa com ele também, ele é muito carinhoso (...) Todo mundo é diferente né?** O povo diz ‘ah pessoal que tem retardo mental... num gosta de carinho, num gosta disso, num gosta daquilo... não meu filho é muito carinhoso... eu gosto de cuidar do meu filho’. Eu não trocaria cuidar dele e vender minhas balinhas na rua pra trabalhar fichada em lugar nenhum, trocaria mais não... Eu sei que ele precisa de mim...Eu não trocaria não, eu gosto de cuidar dele... Hoje eu já gosto, já tenho mais capacidade pra cuidar né porque antigamente não... Antigamente era um fardo, bem pesado... Hoje a gente vai se ajeitando... Eu gosto de cuidar dele” (Diana, *grifo nosso*)

Observamos que essa participante faz referência a um momento anterior em que até quando sabia que o filho iria passar alguns dias em sua casa (a criança morou um período no interior do estado com o pai) já pensava no cansaço que seria cuidar de Pietro. Hoje apresenta uma postura diferente afirmando que também aprende com o seu filho, que vivencia uma relação de carinho, que gosta de cuidar do filho e que inclusive não trocaria cuidar do mesmo para trabalhar em um emprego formal.

Através desse relato podemos destacar elementos muito significativos do ponto de vista da Logoterapia e Análise Existencial como a mobilização da autotranscendência e a manifestação do amor. Frankl (2016, p. 16) afirma que “[...] a existência humana sempre aponta para algo que não é ela própria – aponta para algo ou alguém, ou para um sentido que deve ser preenchido, ou para a existência de outro ser humano que encontra”. A fala de Diana, acima,

nos mostra com muita clareza a mobilização desse recurso antropológico, ao passo que essa mãe se dirige a outro ser humano e se dedica a essa tarefa do cuidado. O fundador da Logoterapia ao expor o sentido do amor afirma que:

Amor é a única maneira de captar outro ser humano no íntimo da sua personalidade. Ninguém consegue ter consciência plena da essência última de outro ser humano sem amá-la. **Por seu amor a pessoa se torna capaz de ver os traços característicos e as feições essenciais do seu amado**; mais ainda, ela vê o que está potencialmente contido nele, aquilo que ainda não está, mas deveria ser realizado. Além disso, através do seu amor a pessoa que ama capacita a pessoa amada a realizar essas potencialidades. (FRANKL, 2008, p. 136, *grifo nosso*)

Vemos que com todos os desafios que podem perpassar essa experiência, Diana parece ter feito uso da sua liberdade e responsabilidade e encontrado uma “brechinha” para a realização plena de sentido e através do amor consegue apreender a “genuína singularidade” (Frankl, 2011, p. 29) do seu filho. O autor reitera que “a logoterapia é, muito mais, uma abordagem otimista da vida, ao ensinar que não há nenhum aspecto negativo da existência que não possa transmutado em conquistas positivas, em tudo, a depender da atitude que se venha assumir” (p.94). Desse modo, a atitude escolhida por Diana foi determinante para que hoje ela consiga dizer que se sente mais capaz de cuidar do filho.

Destacamos que dentre todas(os) as(os) participantes do estudo, apenas Patrícia relatou que não sente dificuldades em cuidar da filha e que só, às vezes - quando a filha fica zangada - é que sente alguma dificuldade, mas que no dia a dia costuma ser “*tudo tranquilo*”.

Vivências de lazer

As(os) participantes do estudo foram questionadas(os) sobre quais atividades de lazer ou distração realizam, buscando assim investigar aspectos saudáveis nas vivências desses familiares. Através da análise dos relatos, identificamos em algumas histórias o exercício de valores e da capacidade de autotranscendência.

“Eu procuro sair mais, antes eu não saía com eles, era só eu, só pensava praticamente na minha diversão, hoje é o contrário, penso primeiro na diversão deles, pra poder... se tiver tempo pensar na minha. Graças a Deus eu comecei a sair muito mais com eles, então a nossa diversão em família melhorou muito porque antes praticamente não tinha... porque eles precisam de diversão, precisam conhecer o mundo que está em volta deles, se você ficar só em casa, você não vai conseguir colocar o teu filho na sociedade ficando só em casa, ele precisa saber o que existe a volta, precisa ter amizades, se relacionar com outras pessoas, então eu comecei a sair bastante com ele através disso, tanto é que melhorou muito o comportamento dele porque ele não vê mais as coisas de forma assustada, ele consegue associar mais aquilo ao natural dele, já sai um pouco desse mundo dele e já passa pro nosso, pra outras coisa... vê o mundo dele de outra maneira, então eu passei a sair mais com ele”. (Júnior)

Esse trecho já nos mostra de início a mobilização dos recursos antropológicos desse familiar ao afirmar que anteriormente preocupava-se apenas com a sua própria diversão e que hoje já consegue enxergar outras possibilidades, indo além de si próprio ao escolher uma nova atitude e pensar na diversão dos filhos. Verificamos também a realização de sentido através do exercício de valores de vivência, que, como já citados, correspondem as experiências que o mundo nos oferece, como por exemplo um passeio em família (KROEFF, 2014).

Fernanda, Patrícia e Alegria também afirmaram que realizam atividades de lazer junto à família.

“Faço, a gente combina a gente vai, a gente sai, praia (...) mas a gente faz a nossa brincadeira de festa, com os parentes, ele adora brincar com os primos e assim, a nossa festinha é fechada, só a família, amigos próximos, a gente não sai muito pra balada porque não tem como ficar sozinho e quando a gente faz (...) faz tudo mundo junto”. (Fernanda)

“Ah eu saio, passeio, passeio muito com ela, a gente vai ao shopping, a gente vai pra piscina, ela gosta muito, eu levo ela, pra onde eu vou eu levo ela, assim que dá eu levo pra passear, então ela não é uma criança que fica todo tempo dentro de casa, sai, se diverte.” (Patrícia)

“Às vezes quando dá, mas, com eles... porque sozinho que é bom não... não tem nem como... tem que ser com as crianças...” (Alegria)

Lukas (1990, p. 29-30) ao conceituar a família afirma que essa é o “centro gravitacional do amor”, sendo um “lugar” em que as pessoas podem viver momentos alegres e momentos tristes, podem buscar apoio, proteção, refúgio e companhia e para que esse centro continue a funcionar é necessário que os componentes da família façam algo por ele. Sendo assim, realizar atividades de lazer em família, é um modo de realizar valores de vivência, e pode ser entendido como uma maneira de auxiliar na manutenção desse centro.

O relato de Diana é significativo para a perspectiva da Logoterapia por conseguirmos identificar os três caminhos propostos por Viktor Frankl (2011) para a realização de sentido e o uso da criatividade.

“Hoje eu já faço com ele, eu levo ele no shopping que ele tem o passe livre né, levo na praia... A gente sai bastante... Agora ele sai bastante comigo... Eu levo ele na praia, levo na litorânea porque como ele tem o passe livre ficou melhor pra mim, pra tá se deslocando pra sair porque eu já pago só uma que é da minha filha, então a gente vai.. A gente vai pra praia, vai pro shopping... Vai pro circo... Essas coisas que ele tem meia-entrada e eu não posso pagar assim ele já brinca... Hoje a gente sai bastante, eu acho que até por isso que ele não está tão estressado como ele era, principalmente, criança que tem esse problema... Eu acho que qualquer pessoa se tu trabalhar muito e não tirar um dia de lazer pra você... fica estressado demais... Ele melhorou muito, melhorou muito Graças a Deus. Quando dá uma folguinha assim... gente nós vamos fazer o seguinte... Eu vou fazer umas coxinhas... ‘A gente não pode ir pra um lugar se não for pra vender as coisas’ (a família costuma comentar isso), eu disse olha ‘como a gente vai pra Litorânea (risos) eu vou fazer 50 cocadas e 20 bombons e nós vamos vender, cada qual pega um saquinho e vamos vender, aí na hora que a gente chega lá a gente vende rápido... A gente vende, aí quando a gente terminar de vender, a gente

vai se divertir, banha, come já alguma coisa, lá tem uns parquinhos... aí vocês já brincam... Aí todo mundo concorda, aí a gente desce, a gente vai, entendeu?”. (Diana)

Como já descrito, a Logoterapia é uma “terapia centrada no sentido” que tem como um dos seus pressupostos mais básicos a crença de que o homem pode encontrar um sentido único a cada situação. Por mais que a situação se mostre desafiadora e permeada por limitações, ainda é possível que o homem responda à vida e realize sentido. O próprio fundador da Logoterapia nos dá os indicativos de como encontrar sentido: através de valores criadores, vivenciais e de atitude (FRANKL, 2005; 2008; 2011).

Identificamos na fala de Diana a experiência de lazer com os filhos, a sua dedicação ao trabalho quando produz alguns alimentos para serem vendidos no mesmo dia em que saem para a praia e o exercício de valores de atitude, pois Diana afirmou durante a entrevista que tanto ela quanto o marido estão desempregados e tiram seu sustento de um *trailer* em que vendem bombons e salgados na porta de uma escola, além das encomendas que ela consegue. Vislumbrando esse cenário, concluímos que Diana adota uma postura de enfrentar essas dificuldades fazendo uso da sua liberdade e criatividade. De acordo com Frankl (2005, p. 64):

Com o homem de rua⁷ podemos aprender que ser humano significa confrontar-se continuamente com situações que são, ao mesmo tempo, oportunidade e desafio, dando-nos cada uma delas ocasião de viver a plenitude de nosso sentido pela aceitação do desafio de sentido que ela própria possui. Cada situação é um apelo, primeiro a ser escutado, depois a ser respondido (FRANKL, 2005, p. 64).

Por outro lado, Maria e Cristina ao responderem o questionamento sobre o que costumavam fazer em termos de lazer, diversão ou distração esboçaram uma tristeza que ficou bastante visível durante a entrevista.

“Eu num consigo assim (...) eu não tenho tempo pra nada, o que eu faço dentro de casa é só molhar os canteiros, arrumar casa, fazer comida, o tempo que eu tenho é só pra ele”. (Maria)

“(...) em termos de lazer... parou... porque nós não temos lazer, eu e o meu marido... aí só tem com ele.. então nós ficamos parados... até viajar não viajei.. tô com 5 anos que não olho a minha filha... porque tudo tem o João que a gente... não vai levar o João assim pra outro lugar.. ele é muito agarrado com o pai dele né.. aí a gente sempre pensa nele pra depois pensar na gente, entendeu? Nós paramos no tempo... porque sempre ele tá na frente de tudo... aí eu não saio assim, algumas vezes umas amigas me visitam... mas não tem aquele lazer que eu tinha antigamente... porque não tem como deixar o João aqui (...)”. (Cristina)

⁷ Significa “homem comum”.

A partir do relato de Maria verificamos que ela afirma não conseguir realizar atividades de lazer e cita outras atividades que exerce em casa. No entanto, não as considera como algo que possa ser valorizado.

Cristina esboçou nesse momento da entrevista uma tristeza aparente, em que ficou nítido que mesmo realizando atividades de lazer com o filho, ela demonstra sentir falta de conseguir sair com o seu marido ou de ir visitar a filha que mora em outro estado. Essa entrevistada manifesta sentir falta de realizar atividades que não sejam com o filho e, como expressado por ela, há uma “limitação” por não ter como deixá-lo com outra pessoa.

Nos relatos de Maria e Cristina observamos uma redução nas possibilidades de valores vivenciais. Podemos afirmar que mesmo quando há essa redução, seja de valores vivenciais ou de valores criadores, o homem ainda pode encontrar no seu interior um significado para o que está vivenciando e exercer valores de atitude (KROEFF, 2014). Ponderamos que nem sempre as pessoas conseguem sem uma assistência profissional, seja de um logoterapeuta ou psicoterapeuta, mobilizar os seus recursos noéticos, podendo até se entregar ao “desânimo ou desespero” (KROEFF, 2014). Percebemos que esses familiares cuidadores também precisam ser *cuidados*, pois o acúmulo de atividades em que estão envolvidos pode levar a um adoecimento físico e psíquico. Lukas (1992) adverte para a importância de que pais de crianças com alguma dificuldade psíquica consigam encontrar algo de positivo na situação para que a sua própria saúde não fique vulnerável.

Mudanças na vida do familiar cuidador

Apresentamos aqui quais as mudanças em suas vidas que os familiares cuidadores relataram a partir do adoecimento do familiar. A análise dos dados nos mostrou que algumas respostas convergiram, como os relatos que envolvem a necessidade de dedicar um tempo maior aos cuidados do familiar, o abandono e/ou adaptação do trabalho e a restrição na vida social.

Para Fernanda, as mudanças que aconteceram em sua vida relacionam-se aos cuidados que precisa ter com o filho, exigindo dessa mãe mais tempo para conseguir realizar essas atividades.

“Teve né porque eu tenho que ter o tempo pra ele... eu tenho que sair pra fazer as consultas dele, eu tenho que ter uma atenção ali com ele, eu tenho que acompanhar, eu tenho que levar ele pra fazer os tratamentos, atenção aos medicamentos... e mudou porque assim ele é totalmente dependente de mim assim em termos de minha companhia, ele não quer outra companhia, eu não posso sair de casa sozinha, ele tem dificuldade de ficar sozinho ou acompanhado de outra pessoa, ele acha que só é comigo que ele tem que ficar, nem com o pai ele não confia (...)”. (Fernanda)

O relato a seguir reforça o fato de que esses familiares se veem diante da conciliação de numerosas atividades. Vejamos que Maria expressa um acúmulo de tarefas ao afirmar que fica mais de “72 horas” em casa, podemos inferir que essa é uma maneira de indicar que se sente sobrecarregada e com uma vida social restrita.

“Teve porque eu não saí mais pra lugar nenhum, a minha saída era de casa pra participar de algum evento de alguma coisa, eu não saio (...) aí eu tô praticamente 24 horas em casa, aliás 24 horas não, 72 horas pra mais. Meu tempo é só em casa, só saio dia de sexta-feira pra cá ou então quando vou pra médico com ele, festa de comemoração do dia das mães, de dia dos pais, se tem eu não vou, dia das crianças eu não vou, porque não adianta eu sair de casa com ele e mais outros dois e ele ficar... vamos dizer... aterrorizando lá, aí pra não acontecer isso eu fico em casa, é difícil, muito difícil”. (Maria)

Campelo (2014) aponta que o estigma da doença mental e as dificuldades em lidar com os comportamentos da criança ou adolescente leva algumas famílias a restringirem o convívio social, além de evitarem sair com o familiar para determinados locais, como verificamos no relato acima.

Outra mudança identificada concerne a vida conjugal do casal, como vemos nesse relato:

“Na vida social né, até amorosa... Assim, porque quando a gente não tinha ele... Eu e meu marido a gente saía pra festa, seresta, pra praia, pra aniversário... Essas coisas né... Aí quando a gente teve o João... Até em 3 anos dava... A partir de quando ele já atingiu 10 anos... São coisas que a gente não pode levar ele, passeio a dois eu e ele né... Então interferiu (...) aí parou nossa vida nesse tipo aí né... não sai... Só quando é uma praia que ele sai né com a gente... coisas que são pra ele... passeio dele... mas passeio meu e do meu marido parou... agora com ele a gente sai, coisas que tem pra ele, uma igreja, uma coisa assim que dá pra ele, a gente vai junto, mas a atenção é nele (...)”. (Cristina)

A partir do ponto de vista da Logoterapia podemos refletir que, embora essas mães se vejam diante de circunstâncias que as limitem de algum modo, como a dependência dos filhos para a realização de algumas atividades, os cuidados que envolvem o quadro clínico como acompanhamento em consultas ou ingestão de medicamentos e a restrição na vida social, podem se distanciar do que está acontecendo. E, assim, fazer uso da capacidade humana de autodistanciamento, para que percebam quais as possibilidades existem para enfrentar esse desafio e ampliar a consciência para a percepção de *sentido na situação* (KROEFF, 2014).

Para Frankl (1989) quando as possibilidades para a realização de valores criativos e vivenciais estão reduzidas, ainda resta ao homem a capacidade de exercer valores de atitude, seja aceitando ou suportando um destino que não pode ser modificado, seja enfrentando um sofrimento com valentia.

Alves (2015) afirma, em estudo realizado sobre autismo e relação familiar a partir da perspectiva da Logoterapia, que é “necessário que o logoterapeuta estimule o otimismo trágico dos familiares da criança autista”. Podemos expandir essa noção para os familiares cuidadores de crianças e adolescentes atendidas em um CAPS infantojuvenil. Frankl (2008) afirma que o homem pode permanecer otimista mesmo diante da tríade trágica, sendo assim, esses familiares podem mudar a si mesmos, transformando esse desafio ou essa dor em algo significativo.

Júnior trouxe a perspectiva de uma mudança do seu olhar sobre o outro a partir do adoecimento do seu filho:

“Quando eu digo que nós vivemos em uma sociedade discriminatória eu me incluo nisso, a partir do momento que eu percebi que essa situação chegou pra mim, que eu vivo isso eu já mudei minha concepção, não vejo mais as pessoas da maneira como eu via antes, antigamente poderia julgar uma pessoa ou uma criança principalmente por qualquer tipo de (...) hoje se você não conhecer, não julgue, porque de alguma maneira você vai tá excluindo essa criança ou essa pessoa, ela pode se sentir rejeitada entendeu, então pra mim mudou muito porque hoje eu vejo de outra maneira, respeito as diferenças, respeito as pessoas, principalmente a criança, a gente não sabe o que é, o que essa pessoa tem. O simples fato de você tá numa fila de prioridade, se você não conhece, não julgue, porque ali pode ter alguma pessoa com uma deficiência e a gente, eu fazia muito isso, então eu precisei viver na pele para poder respeitar”. (Júnior)

À luz da Logoterapia enxergamos que Júnior, fazendo uso da sua liberdade e responsabilidade, respondendo ao que a vida estava lhe questionando, se dirigiu a si próprio e escolheu qual atitude adotar, dando-nos uma mostra mais uma vez da capacidade humana de mudar a si mesmo frente um acontecimento que não pode ser modificado e de se opor as limitações existentes (KROEFF, 2014).

Alegria e Diana fizeram referência a mudança em suas vidas no campo do trabalho, nos fazendo pensar no “sentido do momento” como assinalado por Lukas (1992, p. 61) ao afirmar que “[...] se há algum aspecto humano que pode chegar muito perto da verdade, então é este ‘órgão de sentido’ (Frankl) dentro de nós, que ainda pode valorar os valores, dando-lhes pontos mais altos ou mais baixos numa escala de acordo com o sentido de uma dada situação”. Trazemos essa citação para refletirmos sobre as escolhas valorativas que essas mães fizeram ao escolherem abrir mão do trabalho para cuidarem dos filhos:

“Eu era diarista... Eu parei... parei por causa dele porque não tem com quem eu deixe... com quem eu deixe pra mim ir trabalhar.” (Alegria)

“Teve, essa parte do trabalho né, eu não posso tá saindo de casa, se eu sair tenho que levar ele, gosto de tá levando ele, eu não faço contrato assim pra mim ir trabalhar (...) Porque não tem uma pessoa pra ficar ali de olho nele como eu né (...) eu chegava em casa à noite e eles dois ficavam em casa só, então isso dava até caso de polícia, aí quer saber eu vou sair do serviço, não foi fácil, mas tive que fazer essa escolha né (...).” (Diana)

As familiares relataram que não foi fácil deixarem seus trabalhos para cuidar dos filhos, inclusive por questões financeiras, mas apreendemos que frente as exigências da situação e orientadas por um sentido, exerceram sua liberdade atrelada ao “ser-responsável”. De acordo com Frankl (2011, p. 72) “o sentido é relativo na medida em que se relaciona a uma pessoa específica, que está enredada em uma situação específica”. Evidenciamos aqui a capacidade desses familiares de enfrentarem situações desafiadoras, distanciando-se de si mesmas.

A partir disso confirmamos que entre as mudanças na vida dessas pessoas, ao cuidar de um familiar em sofrimento psíquico, está a abdicação do tempo que poderia ser dedicado a si próprio para ser dedicado a outro ser humano. Os relatos aqui expostos nos dão exemplos de condicionantes biológicos, psíquicos e sociais na vida desses familiares cuidadores. Todavia, também constatamos a mobilização dos recursos noéticos já citados (autodistanciamento e autotranscendência).

Frankl (2011) aponta o amor e a consciência como possibilidades de manifestação da autotranscendência, podemos, desse modo, inferir que o amor desses familiares por seus filhos e a consciência do sentido único de uma situação também única permitem que estes se esqueçam um pouco de si próprios para realizar uma tarefa plena de sentido. É importante deixar claro que não estamos desconsiderando nenhuma das dificuldades relatadas, apenas buscamos trazer em evidência que apesar dessas limitações, encontramos uma “força espiritual⁸” nesses familiares (LUKAS, 1992).

Expectativas em relação ao futuro

A análise dos dados nos mostra que ser familiar cuidador é também pensar no futuro dessa criança ou adolescente que está em sua responsabilidade e cuidados. No caso do presente estudo, que os participantes eram mães e um pai, trata-se do futuro de seus filhos. As expectativas que surgiram estão relacionadas, majoritariamente, ao desenvolvimento da independência, autonomia e aprendizado das crianças e adolescentes. Os relatos que serão expostos tocam em pontos bastante similares como observaremos:

“(...) minha grande meta é o aprendizado dele, eu tô trabalhando pra isso, envolvendo ele nisso pra que ele consiga se desenvolver de uma maneira que não venha a ser dependente de ninguém, que possa andar com suas próprias pernas no futuro”.
(Júnior)

⁸ O termo espiritual é utilizado para fazer referência a dimensão noética, sem qualquer conotação religiosa. A palavra grega *Logos*, refere-se a sentido e/ou significado, bem como a espírito no sentido filosófico “significa a humanidade do ser humano e o sentido de ser humano!” (FRANKL, p. 28, 2011).

“(...) que eu consiga mais entender o lado dele e ajudar ele querendo que ele descubra um lado que ele goste pra explorar pra que a gente coloque ele nesse ramo e ele se desenvolva (...) espero que ele chegue a adolescência ou adulto, que ele case e tenha filhos né (...)”. (Fernanda)

“Futuro dele... que ele seja uma criança desenvolvida... que ele venha a aprender, a ser alguém, a trabalhar, a ter responsabilidade... é isso aí que eu penso”. (Alegria)

“Ah mermã... Eu quero pelo menos que ele aprenda a ler... Eu quero ao menos que ele se alfabetize (...) Eu fui lá na Cohab pra vê se coloca ele na escola de robótica né pra vê se ele aprende alguma coisa porque ele tem esse retardo mental, mas só que ele pode aprender alguma coisa (...) O futuro que eu quero pra ele é que ao menos ele aprenda a ler, ler, escrever direitinho... Pelo menos o necessário e ele consiga fazer um trabalho pra ele, porque ele não vai viver todo tempo de benefício de INSS (...)”. (Diana)

Esses fragmentos nos mostram a preocupação desses familiares com o futuro dos seus filhos e a esperança de que estes continuem o seu desenvolvimento enquanto seres humanos cheios de possibilidades.

Frankl (2005) nos traz uma importante contribuição para dialogarmos sobre a questão da temporalidade. Para o autor, o passado seria onde o homem depositaria todas as suas experiências vividas; no presente realizamos escolhas daquilo que gostaríamos de guardar no passado; e o futuro é um campo de possibilidades que podem vir ou não a serem realizadas, a depender das escolhas realizadas no presente. Desse modo, podemos pensar que não existe como esses familiares se assegurarem sobre como ocorrerá o desenvolvimento dos seus filhos. Apesar disso, podem fazer escolhas, sendo guiados pela sua consciência, que vão ao encontro do que desejam para seus filhos.

Notamos através dos relatos de Júnior e Diana um movimento de realizarem *ações* no presente, como buscar meios viáveis para auxiliar no aprendizado escolar, pensando assim no desenvolvimento futuro dos seus filhos.

Maria foi a única entrevistada que relatou esperar a cura do filho:

“Que meu filho fique bom, que pare de tomar remédio controlado todos os dias (...) e que o médico descubra logo se tem alguma cura, se vai ser temporário ou não, isso que eu espero assim... dizer que meu filho tá curado, porque a maior alegria de um pai é saber que o filho não vai mais poder ser beneficiado de um remédio (...)”. (Maria)

Esse relato nos desvela que essa mãe demonstra a esperança de que o filho fique “curado”, destacando-se que essa cura parece estar estreitamente relacionada ao uso ou não de medicamentos controlados. O estudo realizado por Machineski (2014) também apontou a existência da expectativa tanto de melhora do quadro clínico, quanto de “cura” do familiar em tratamento de saúde mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar como familiares cuidadores de crianças e/ou adolescentes usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da cidade de São Luís-MA vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial. Para alcance desse objetivo foi realizada uma entrevista semiestruturada com 7 familiares cuidadores de usuários do CAPSi. Após análise dos dados houve a emergência de duas categorias principais: “Da desconfiança inicial à certeza” e “Ser familiar cuidador de uma criança ou adolescente em sofrimento/adoecimento psíquico”.

Na primeira categoria, os resultados do estudo nos mostraram que a percepção de que a criança ou adolescente precisava de algum tipo de assistência de saúde, ocorreu por meio da observação de comportamentos que fugiam ao que é considerado “padrão ou normal” e da indicação de profissionais da escola em que a criança estudava. A partir disso, os familiares relataram iniciar suas buscas por atendimento especializado de saúde para o membro da família. Passado esse momento, se defrontaram com a “certeza” de que o filho ou filha estava em adoecimento ou sofrimento psíquico. Notamos diferentes reações nos familiares cuidadores, como sentimento de tristeza, raiva, medo e a não aceitação inicial de que o familiar precisaria de um tratamento de saúde mental. Posteriormente, a análise dos dados nos desvelou a aceitação por parte dos participantes de ter um familiar em adoecimento psíquico.

Na segunda categoria, nos aproximamos um pouco mais da vivência desses familiares enquanto cuidadores. O estudo nos mostrou que, cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico é uma experiência atravessada por dificuldades de diversas ordens. Em que podemos destacar, os comportamentos que os familiares cuidadores não sabem como lidar e a rotina de cuidados diários que pode levar ao cansaço e sobrecarga desses cuidadores. Em relação as atividades de lazer ou distração, que aqui denominamos de “vivências de lazer”, identificamos que a maioria dos participantes têm conseguido aproveitar esses momentos em família, o que se apresenta como uma perspectiva bastante positiva.

Sobre as mudanças na vida dos familiares cuidadores, a partir do adoecimento psíquico do familiar, evidenciou-se através dos relatos, a dedicação de um tempo maior aos cuidados do filho, restrição na vida social, implicações na vida do casal, abandono do trabalho e a mudança de percepção interna. No que diz respeito, as expectativas em relação ao futuro, houve o predomínio de uma preocupação em relação ao desenvolvimento e aprendizado das crianças e adolescentes.

Durante realização dessa pesquisa partimos do pressuposto de que cuidar de um familiar em adoecimento psíquico pode ser entendido como um *destino* que se coloca perante a família. E através do olhar da Logoterapia, trouxemos as suas contribuições para analisar essa experiência. Do ponto de vista dessa teoria, o homem é constituído por uma dimensão psíquica, biológica e noética, a última inclui os fenômenos “especificamente humanos”. Por possuir essa dimensão é que quando o ser humano se vê diante de um *destino* que não pode ser modificado, ainda é possível fazer uso da capacidade de autodistanciamento e se posicionar de algum modo. Assim, pode lançar mão da sua liberdade, mesmo que limitada, e escolher qual postura adotar para enfrentar os desafios e as dificuldades. Sendo esse, um dos caminhos para a realização de sentido - por meio do exercício dos valores de atitude (FRANKL, 2011).

Através da ótica da Logoterapia e Análise Existencial, percebemos que em meio a todas as limitações, problemas e desafios, os familiares têm buscado enfrentar o que a vida lhes colocou. Foi possível identificar a mobilização do recurso noético do autodistanciamento, quando os familiares relataram o movimento de buscar tratamento para seus filhos ou quando se distanciam de si mesmos, passando a enxergar possibilidades existentes para lidar com essa situação. Também apreendemos a manifestação da capacidade de autotranscendência, por meio da ampliação da consciência e do amor, quando esses familiares esquecem um pouco de si mesmos, se dirigindo a outro ser humano e dedicando-se a tarefa de cuidar da criança ou adolescente. Apesar desse resultado, deve-se enfatizar que alguns familiares demonstraram a manifestação desses recursos antropológicos de modo mais acentuado do que outros.

Em relação aos valores, propostos por Viktor Frankl, que são caminhos para a realização de sentido, foi possível identificar com mais clareza o exercício de valores de atitude e vivenciais. Sobre os primeiros, os relatos dos familiares que envolvem a mudança em sua atitude interna, seja aceitando que o filho ou filha apresenta uma condição que requer alguns cuidados específicos ou adotando uma postura diferente frente uma situação que não pode ser modificada, nos revela a realização de sentido através de valores de atitude. No campo dos valores vivenciais, os relatos das(os) participantes sobre experiências de lazer em família e do encontro com outro ser humano, aprendendo a conviver com a “diferença”, também assinalam a realização de sentido.

Acreditamos que o aporte da Logoterapia traz uma interessante contribuição para analisar a vivência desses familiares cuidadores, ao compreender que o homem é um ser motivado pela vontade de sentido. Essa é entendida como “[...] o esforço mais básico do homem na direção de encontrar e realizar sentidos e propósitos” (FRANKL, 2011, p. 50), levando o homem a *agir* no mundo, podendo enfrentar situações desafiadoras, e realizar sentido mesmo

quando as possibilidades de valores vivenciais e criadores estão reduzidas. Portanto, a percepção de um sentido único e na situação pode ajudar os familiares nesse enfrentamento e superação dos desafios vivenciados. Percebemos a importância de que os pais sejam encorajados a aceitar seus filhos na sua singularidade e unicidade como dito por Lukas (1992), enxergando estes para além de uma psicopatologia ou de um “transtorno mental”. O referencial da Logoterapia pode auxiliar nessa clareza, por integrar o homem em uma “unidade biopsiconoética”.

Como dito ao longo do trabalho, a inserção da família na atenção à saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico, sendo vista como corresponsável pelo cuidado, é algo marcante no modo de atenção psicossocial. Lembramos que a inclusão efetiva da família no tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ainda é apontada como um desafio (Ribeiro e Paula, 2013), além disso, a sobrecarga dos familiares cuidadores surge como uma demanda que se coloca ao campo da atenção à saúde mental (DELGADO, 2014). Destarte, não se pode perder de vista os impactos e as mudanças advindas do adoecimento psíquico de um familiar.

Embora essa pesquisa não tenha se detido em investigar o aspecto da sobrecarga desses familiares, notamos a existência da mesma. Nos levando a afirmar a importância da assistência profissional ou apoio psicológico a esses familiares, capacitando-os para enfrentar as dificuldades. Inclusive, isso está disposto na política que norteia o funcionamento do CAPSi, já que, afirma-se que esse deve oferecer atendimento à família (BRASIL, 2002b).

Por todo o exposto, a realização dessa pesquisa se mostra como uma contribuição pertinente para a ciência psicológica, especificamente, no campo da atenção à saúde mental, no que envolve a família das pessoas em sofrimento psíquico. Tendo em vista, que traz o olhar de um referencial teórico que afirma que o ser humano tem uma força interna que o orienta para a busca de um sentido e que esse pode ser encontrado mesmo diante do sofrimento. Além disso, afirma que o homem não está livre de contingências, mas que é livre “para” agir responsabilmente e responder aos questionamentos colocados pela vida. Vimos que à luz do conceito da dimensão noética, dimensão que permite ao homem manifestar o seu ser-livre e ser-responsável, fazendo uso dos recursos noéticos, os familiares cuidadores podem ir além de si mesmos, se dirigindo para algo ou alguém no mundo.

No que concerne à prática psicológica, o conhecimento fornecido através do estudo, pode auxiliar na melhor assistência e apoio aos familiares cuidadores de crianças e adolescentes atendidas em serviço substitutivo de saúde mental, a partir da visão da Logoterapia.

Dentre as limitações desse estudo, aponta-se que não investigamos como esses familiares cuidadores avaliam a inserção da família no CAPSi, algo que pode ser incluído em pesquisas futuras.

Acredita-se que mais pesquisas devam ser realizadas no intuito de trazer o olhar da Logoterapia para a compreensão da experiência de familiares cuidadores de pessoas em sofrimento psíquico. Pode-se, por exemplo, investigar com mais profundidade a sobrecarga emocional desses familiares e as possíveis contribuições da Logoterapia e Análise Existencial. Além de averiguar a percepção de sentido dessas pessoas.

Outra proposta de estudo que pode ser realizada, seria um trabalho de grupo de apoio psicológico, no próprio CAPSi, com os familiares cuidadores, tendo como base os fundamentos da Logoterapia e Análise Existencial. Os resultados do estudo poderiam nos dar uma perspectiva muito interessante, de um ponto de vista mais prático.

Por fim, a realização dessa pesquisa se mostrou como uma oportunidade de crescimento pessoal para a pesquisadora, por todos os desafios vivenciados e obstáculos vencidos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Luanna da Silva. **Autismo e relação familiar: contribuições da Logoterapia para a autotranscendência**. Monografia (Graduação em Psicologia). Universidade Estadual da Paraíba, PB, 2015. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/8579>>. Acesso em: 29 jun. 2018.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. cap. 4.
- AMSTALDEN, Ana Lúcia Ferraz; HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; MONTEIRO, Taciane Pereira Maia. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 33-45.
- AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. **Logoterapia e análise existencial: uma introdução ao pensamento de Viktor Frankl**. São Paulo: Paulus, 2013.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. Edições 70, 1977. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/RonanTocafundo/bardin-lawrence-anlise-de-contedo>>. Acesso em: 19 fev. 2018.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 22 de abr. 2018.
- BRASIL [Ministério da Saúde]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 09 dez. 2017.
- BRASIL [Ministério da Saúde]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em 09 dez. 2017.
- _____. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF. 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2017.
- _____. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF. 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2017.
- _____. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas). Brasília, DF. 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2017.
- _____. **Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002b**. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. Brasília: DF. 2002. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 26 nov. 2017.

_____. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf. Acesso em: 09 mar. 2018.

_____. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília, DF. 2014.** Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. (Relatório Final).** Brasília, DF. 2002a. Disponível em: <
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/incentivos/2111307082924>>. Acesso em: 30 de jun. 2018.

CAMPELO, Lany Leide de Castro Rocha. **Ações de educação em saúde para o cuidado das famílias em um centro de atenção psicossocial infantil.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-05112014-111252/pt-br.php>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 141-168. Disponível em: <
<http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psi. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 1, 2015. p. 17- 40. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/pc/v27n1/0103-5665-pc-27-01-00017.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 30, n. 4, 2008, p. 390-398. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4>>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; BASTOS, Isabella Teixeira; REIS, Alberto Olavo Advincula. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017. p. 1-13. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001205009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

DIMENSTEIN et al. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008>. Acesso em: 30 out. 2017.

FALAVINA, Olívia Pala; CERQUEIRA, Monique Borba. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a saúde, Londrina**, v. 10, n. 1, dez. 2008. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-516426>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FARIAS, Julia Mota. **Experiência e produção de sentidos de familiares cuidadores de crianças e adolescentes diagnosticados com transtorno mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, CE, 2016. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/24470>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**. Tradução de : Walter O. Schulpp e Carlos C. Aveline. 25. ed. São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **A vontade de sentido: fundamentos e aplicações da Logoterapia**. Tradução de: Ivo Studart Pereira. 1. ed. São Paulo: Paulus, 2011.

_____. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da Logoterapia e análise existencial**. Tradução de: Alípio Maia de Castro. 3. ed. São Paulo: Quadrante, 1989.

_____. **Fundamentos antropológicos da psicoterapia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 187-196.

_____. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. Aparecida- SP: Ideias & Letras, 2005.

_____. **Teoria e Terapia das Neuroses: introdução à Logoterapia e à análise existencial**. São Paulo: É Realizações, 2016.

FREITAS, Marina Lemos Silveira. **Afrontamento e superação de crises: contribuições da Logoterapia**. 1. ed. Ribeirão Preto: IECVF, 2013.

GOMES, Tadeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: GOMES, R.; DESLANDES, S; MINAYO, M. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

KROEFF, Paulo. **Logoterapia e existência: a importância do sentido da vida**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

KROEFF, Paulo. **Logoterapia e existência**: a importância do sentido da vida. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; PAULA, Cristiane Silvestre de. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: MATEUS, Mário Dinis (Org.). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso políticas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 322-346.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. IN: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; GOMES, A.; MATTOS, R. (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v., p. 137-154.

LUKAS, Elisabeth. **Assistência logoterapêutica**: transição para uma psicologia humanizada. São Leopoldo: Vozes, 1992.

_____. **Mentalização e saúde**: a arte de viver e Logoterapia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

MACHINESKI, Gicelle Galvan. **O tipo vivido de familiares usuários de um centro de atenção psicossocial infantil**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2011. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/31946>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM – V). [American Psychiatric Association]. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: GOMES, R.; DESLANDES, S; MINAYO, M. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 9-29.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: GOMES, R.; DESLANDES, S; MINAYO, M. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 61-77.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 4.

NASCIMENTO, Suzi Rosana Maciel Barreto do; SZMANSKI, Maria Lidia Sica. Deficiência Mental ou Intelectual? Implicações no uso das nomenclaturas. **XI Congresso Nacional de Educação**, 2013.

OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra. **Recomeçar**: família, filhos e desafios. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. cap. 2. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-03.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

REIS et al. Breve história da saúde mental infanto-juvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016a. p. 109-130.

_____. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. (Org.). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2016b. p. 186-210.

RIZZINI, Irene; LEITE, Aline Deus da Silva; MENEZES, Cristiane Diniz de. **Cuidado familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Ed. PUC – Rio; São Paulo: Editora Reflexão, 2013.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em: <
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005>. Acesso em: 22 abr. 2018.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Disponível em: <
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira. **Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: sobrecarga e satisfação com serviço**. Dissertação (Mestrado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, SP, 2010. Disponível em: <
http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-08112013-154830/publico/ANA_FLAVIA_DE_OLIVEIRA_SANTOS_Mestrado.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2018.

SILVA et al. “Padecendo no paraíso”: as dificuldades encontradas pelas mães no cuidado à crianças em sofrimento mental. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 17, n. 3, jul/set. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/299999610_Padecendo_no_paraiso_as_dificuldades_encontradas_pelas_maes_no_cuidado_a_crianca_com_sofrimento_mental>. Acesso em: 12 abr. 2018.

SZYMANSKI, Heloisa. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995.

TANO, Bruna Lidia. **Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, SP, 2014. Disponível em: <
<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6882/5803.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

TRAD, Leny A. Bonfim. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. cap. 1.

XAUSA, Izar Aparecida de Moraes. **Viktor E. Frankl entre nós**: história da Logoterapia no Brasil e integração pioneira da Logoterapia na América Latina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=5PvVFteuSfMC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 29 abr. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Características sociodemográficas

- 1) Nome:
- 2) Idade:
- 3) Sexo do familiar cuidador:
- 4) Escolaridade:
- 5) Religião:
- 6) Estado Civil:
- 7) Grau de parentesco com a criança ou adolescente:
- 8) Composição familiar:
- 9) Ocupação ou profissão:

Informações sobre o usuário do CAPSi (perguntas realizadas aos familiares cuidadores)

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Tempo de atendimento no CAPSi:

Entrevista semiestruturada

- 1) Quando você percebeu que o seu familiar precisava de algum tipo de serviço de saúde? Há um diagnóstico? Se sim, qual?
- 2) Você poderia relatar sobre como teve acesso ao CAPSi? (Qual sua trajetória até esse serviço?)
- 3) A partir do momento em que você soube do adoecimento do seu familiar, qual foi a sua principal atitude?
- 4) Como tem sido para você cuidar de uma criança ou adolescente em adoecimento psíquico? Você sente algum tipo de dificuldade em cuidar dela (e)? Se sim, qual (s)?
- 5) Você poderia dizer se houve alguma mudança em sua vida a partir do adoecimento de seu familiar? Em caso afirmativo, o que mudou?
- 6) Atualmente, você tem realizado alguma atividade laboral?
- 7) O que você tem feito para se distrair (lazer/amigos/passeio/atividade cultural/viagem)?
- 8) Quais as suas expectativas para o futuro?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada (o) participante,

Sou Leanne Maria Ferreira Dias, estudante do curso de graduação de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. Estou realizando uma pesquisa sob supervisão da professora Francisca Pereira da Cruz Zubicueta cujo objetivo é analisar como familiares cuidadores de crianças e adolescentes usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da cidade de São Luís-MA vivenciam ter um familiar em adoecimento psíquico a partir dos pressupostos da Logoterapia e Análise Existencial.

Convidamos você a participar dessa pesquisa através de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. A duração da entrevista é em média de 40 minutos. Caso aceite participar, favor assinar ao final do termo.

A participação nessa pesquisa não poderá acarretar nenhum tipo de processo por danos morais em virtude das informações fornecidas, uma vez que, sua identidade será totalmente preservada. Em relação aos riscos que você se expõe, aponta-se um possível desconforto ou sensibilização emocional diante de algumas perguntas. A pesquisadora se compromete a ficar atenta a qualquer tipo de desconforto. Ressaltamos que você não é obrigado a responder a essas perguntas, sendo livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Em relação aos potenciais benefícios aponta-se uma perspectiva de melhor compreensão sobre a vivência de familiares cuidadores de usuários de um CAPSi. Além disso, há a possibilidade de se fornecer conhecimentos para melhor assistência aos familiares cuidadores no processo de reabilitação psicossocial de crianças e/ou adolescentes atendidas em um CAPSi.

A participação nessa pesquisa não lhe trará nenhum tipo de despesa ou ganho financeiro.

As informações pessoais coletadas são sigilosas. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento destes dados. Pedimos a sua autorização para apresentar os resultados desse estudo em trabalhos científicos.

Caso haja algum dano em decorrência da participação nessa pesquisa nos responsabilizamos por prestar assistência. Informamos também a garantia do acesso aos resultados da pesquisa.

Esclarecemos que essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA). O CEP caracteriza-se por ser uma instância colegiada interdisciplinar e independente, vinculado a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, responsável por garantir o exercício da ética nas pesquisas com seres humanos. Caso tenha alguma dúvida referente as considerações éticas da presente pesquisa, é possível entrar em contato com o CEP-UFMA através do contato deixado.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser assinado em duas vias, em que uma ficará com você, onde constam o número do celular e e-mail da pesquisadora responsável pela pesquisa. Caso precise entrar em contato para tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, estamos à disposição.

Agradeço muitíssimo a sua colaboração.

Apresentadas essas considerações, DECLARO que estou ciente do conteúdo desse Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do presente estudo e publicação dos resultados.

Assinatura da (o) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável

São Luís, _____ de _____ de 2018.

Em caso de dúvidas sobre o estudo apresentado, entre em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA.

Pesquisadora responsável:

Leanne Maria Ferreira Dias.

E-mail: leannemaira02@gmail.com. Celular: (98) 98766-4489

Orientadora da pesquisa:

Prof.^a Ma. Francisca Pereira da Cruz Zubicueta

E-mail: franciscapcruz@hotmail.com

Celular: (98) 99975-0967

Comitê de Ética em Pesquisa:

E-mail: cepufma@ufma.com.br

Telefone: (98) 3272-8708

Endereço: Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, em frente ao auditório Multimídia da PPPGI.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SEMUS



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, a pedido, que o(a) aluno(a) Leanne Maria Ferreira Dias está autorizado(a) a coletar dados para a realização do Projeto Consciência de familiares cuidadores de crianças de um CAPS infante-juvenil. Contribuições da Logoterapia. na Unidade CAPS i de nossa Rede de Saúde.

O projeto supracitado foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), com o Parecer Nº 2.638-399

São Luís-MA, 08 / 05 / 2018

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Educação em Saúde
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO, PESQUISA E EXTENSÃO
Jane Elvira da Mota
Coordenadora de Estágio, Pesquisa e Extensão
AUTORIZADO em / /