

## A FAMÍLIA E A PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rafaela de Moraes Xavier Machado (1); Lenilma Bento de Araújo Meneses (2)

*Residência Multiprofissional em Saúde da Criança – REMUSC – Complexo de Pediatria Arlinda Marques, finhamorais@gmail.com; Residência Multiprofissional em Saúde Mental – RESMEN – Universidade Federal da Paraíba, lenilmabento@yahoo.com.br*

**Resumo** O presente trabalho consiste em um relato de experiência realizado por uma residente de saúde mental, psicóloga, a um usuário que buscou um serviço de urgência psiquiátrica. Desta forma, buscou-se fazer uma reflexão a partir da experiência vivida, de como o cuidado em saúde mental é considerado atualmente e como este se aplica no âmbito familiar, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, como também nas práticas desempenhadas nos serviços substitutivos, de acordo com a nova política de Saúde Mental no Brasil.

**Palavras-chave:**

Rede de Saúde Mental, Família, Modelo antimanicomial.

### 1 INTRODUÇÃO

Assim como a sociedade tem mudado sua visão e relação com a loucura a partir das novas perspectivas de cuidado em saúde mental, o papel familiar no cuidado com o usuário tem se deparado com diversas mudanças. No que diz respeito ao sofrimento psíquico, em muitos estudos a família aparece por vezes como causadora, em outros como a maior aliada no tratamento e inserção social do indivíduo (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Muitas mudanças ocorreram no Brasil, advindas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. O processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico se mostrou a maior conquista no campo da Saúde Mental, assim como, a implementação de serviços substitutivos, a exemplo dos hospitais-dia, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas. Com estes novos serviços, foi possível retirar o indivíduo do isolamento em hospitais psiquiátricos, em que viviam enclausurados, assim como permitida a reinserção deste na comunidade e próximo a seus familiares. (CARDOSO et al, 2015)

Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização da loucura passou a ser um dos fundamentos da então nova política de saúde mental, guiada pela “desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental” (AMORIM E DIMENSTEIN, 2009, p. 196).

O que se pretendia era romper com a visão até então existente, de que o portador de transtorno mental era considerado um ser incapaz de

exercer sua cidadania, economicamente improdutivo e desta forma asilados do convívio em sociedade. Buscou-se desde então incluir este sujeito na comunidade, que é o seu lugar de direito, a partir de uma visão centrada na família, a qual deve cuidar e colaborar com o tratamento do mesmo (OLIVEIRA et al., 2013). Tal concepção implica em compreender o sujeito em sua totalidade e requer a construção de um cuidado buscando não mais excluir e provocar o seu isolamento do convívio social, mas com base em uma visão democrática, com vistas à igualdade de direitos e no reconhecimento das diferenças (SOUZA et al., 2009).

Com a implantação dos serviços substitutivos, muitas foram às mudanças na assistência ao indivíduo com sofrimento, objetivando a melhoria do atendimento a estes e aos familiares. Um dos recursos para tal é a Atenção Básica, por sua proximidade com os sujeitos e o seu território, tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica busca a reinserção e o cuidado do indivíduo em seu círculo social (FERNANDES et al., 2012).

Infelizmente, percebe-se que a exclusão não se restringe apenas a internação psiquiátrica. Muitas vezes os usuários portadores de transtorno mental não são devidamente acompanhados na atenção básica e na rede de saúde de uma forma geral porque suas demandas clínicas ficam ocultas em detrimento do seu adoecimento mental. Ou seja, faz-se necessário que os profissionais que trabalham nestes serviços aprimorem competências de cuidado em saúde mental em sua prática, de maneira que sua visão englobe a subjetividade do indivíduo, sua singularidade e a visão do próprio usuário acerca de seu cuidado (BRASIL, 2013).

O campo da Saúde Mental na Atenção básica visa um mesmo objetivo, que é superar os limites da visão cartesiana, dualista do homem, visando assim um modo dinâmico, não reducionista e orientado para novas práticas (BRASIL, 2013).

O estigma e o preconceito já estão presentes antes mesmo de um indivíduo adentrar um serviço de saúde mental, em que o mesmo muitas vezes passa a ser considerado por termos como “esquizofrênico”, “depressivo”, “psicótico”, entre outros pelo fato de ser considerado diferente, desajustado, por estar supostamente doente em uma sociedade que ainda não se encontra preparada para acolher e compreender este indivíduo em sua totalidade (CARDOSO et al, 2015).

Sabe-se que muitas são as dificuldades enfrentadas pela família do ponto de vista do adoecer psíquico de um ente, desde o diagnóstico, às expectativas existentes e adaptação à pessoa com necessidade de cuidados contínuos. (SILVA; SADIGURSKY, 2008). Em muitos estudos (COLVERO, 2004; FERNANDES et al,

2012; MACIEL, 2011; OLIVEIRA, 2013), estão presentes questões relacionadas à sobrecarga e sofrimento do familiar. Desta forma, a reforma psiquiátrica deveria abranger não só o fechamento dos hospitais, mas também a família, levando em consideração as dificuldades geradas pelo cuidado com o portador de transtorno mental.

Reconhecendo a família como principal base e aparato social do indivíduo, é inegável o seu lugar de destaque no tratamento e no cuidado ao portador de transtorno mental. O ponto de partida para este estudo se baseia na família, considerando-a como ponto chave de participação e acompanhamento do sujeito nos serviços substitutivos e como tal, merece a devida atenção. Tendo em vista que o adoecer do sujeito também gera sofrimento no ambiente familiar, diversos são os aspectos que devem ser levados em consideração ao abordar a família do indivíduo com transtorno mental, tendo em vista as dificuldades e o impacto causado pelo sofrimento psíquico, assim como o estigma social a que este adoecimento está relacionado.

Desta forma, pretende-se com este estudo identificar como a família está implicada no cuidado e no tratamento do indivíduo, não buscando fazer generalizações, mas uma reflexão a partir de um usuário que procurou um serviço de urgência psiquiátrica e cuja família e o próprio, durante todo o acompanhamento, mostraram-se adoecidos e em peregrinação na rede sem a devida atenção e adesão a um tratamento satisfatório. Também buscou-se através do presente relato de experiência de uma residente multiprofissional de saúde mental, psicóloga, atuando em um serviço de urgência psiquiátrica, refletir acerca dos significados atribuídos ao sofrimento mental pelos familiares e pelos serviços substitutivos a partir de uma análise acerca do cuidado ofertado ao sujeito, tanto pela família como também pelos profissionais envolvidos nos serviços substitutivos, fazendo uma análise, de uma forma geral, sobre o cuidado em saúde mental.

Dito isto, o trabalho também procura contribuir para o enriquecimento do saber profissional, abordando questões como o acompanhamento de um usuário-guia, termo utilizado por Emerson Mehry (2007) que busca descrever ou narrar o encontro entre usuário e profissional de saúde, permitindo a reflexão acerca do cuidado e tendo em vista o contexto do usuário e seu modo de existência, sendo uma ferramenta enriquecedora no sentido de promover a compreensão do indivíduo a partir de diversos olhares. Neste sentido, a partir da narrativa e da descrição do usuário envolvendo diversas esferas, desde o encontro entre usuário e trabalhador de saúde, como também com a família, o bairro, a comunidade, outros serviços de saúde e as relações deste usuário, esta ferramenta também permite ao

trabalhador realizar uma análise de si, constituindo-se uma importante ferramenta para o profissional.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo consiste em um relato de experiência, que ocorreu a partir do acompanhamento de um usuário que deu entrada em um serviço de urgência psiquiátrica do município de João Pessoa - PB. A vivência na qual o presente estudo se baseia ocorreu durante o rodízio da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no período de aproximadamente dois meses (entre fevereiro e março de 2016).

A RESMEN (Residência Multiprofissional de Saúde Mental) da Universidade Federal da Paraíba, vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, foi criada no ano de 2015, com início no mês de março e previsão para encerramento em março de 2017. Com o principal objetivo de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios de João Pessoa - PB e Cabedelo - PB, os residentes também atuam com vistas à promoção da desinstitucionalização da atenção à loucura e da atenção às pessoas em uso problemático de álcool, crack e outras drogas, à expansão da rede substitutiva ao modelo manicomial e à construção das interfaces saúde – cultura – educação – assistência social na promoção da saúde mental. Os residentes perpassam por diversos serviços da rede que inclui os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e CAPS AD (álcool e outras drogas), Hospital Universitário, Atenção Básica e o PASM (Pronto Atendimento em Saúde Mental), local em que funciona o serviço de urgência psiquiátrica, também regulador da RAPS.

A escolha do relato não se deu com vistas a generalizar uma situação presenciada, mas propor uma reflexão a respeito do que hoje se compreende por cuidado em saúde mental e o que realmente se aplica no cotidiano dos serviços prestados aos portadores de sofrimento psíquico, assim como na própria família. Neste sentido, Mehry (EPS EM MOVIMENTO, 2014) define o termo usuário-guia como sendo o relato da produção de cuidado a um usuário que busca um serviço de saúde, não se limitando a procedimentos técnicos, mas tendo foco na relação que é estabelecida entre sujeito e trabalhador, constituindo-se em uma narrativa de um encontro, trazendo elementos que atravessam esta relação (outros profissionais envolvidos, família, comunidade, serviços de saúde, etc). Desta forma, configura-se como uma importante ferramenta de formação do trabalhador de saúde, na medida em que permite a aprendizagem e a reflexão a partir da experiência vivenciada.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O usuário, de idade próxima aos quarenta anos, chegou à referida urgência psiquiátrica acompanhado dos seus genitores. Enquanto aguardava consulta, eu e as outras residentes de saúde mental (uma enfermeira, uma farmacêutica e uma terapeuta ocupacional) que também estavam neste serviço, realizamos o acolhimento do usuário e escutamos sua queixa. Quando perguntamos, o mesmo nos relatou que havia iniciado um tratamento com uma medicação, após se consultar no ambulatório psiquiátrico do Hospital Universitário e que passou a sentir alguns efeitos colaterais, disse que esta não lhe fazia bem, que estava a alguns dias sem dormir, com um aperto na cabeça, dores no estômago, agitação, muito ansioso e que por estes motivos interrompeu o tratamento por conta própria. Sua aparência era de quem portava muito sofrimento, pois estava nitidamente trêmulo, abatido e também percebi que o usuário estava desconfortável em nos relatar o seu sofrimento, esquivando o olhar e não mantendo muito contato visual com a gente.

Buscamos na oportunidade conversar com os acompanhantes a fim de colher mais informações e planejar o cuidado junto à equipe. A mãe nos informou que o filho sempre apresentou problemas em seu desenvolvimento. Nasceu de uma gestação gemelar prematuramente e permaneceu na incubadora durante quarenta e cinco dias. Disse que ele já havia passado por diversos serviços psiquiátricos e também frequentou a FUNAD (Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência) por ter apresentado dificuldade de aprendizado (na época detectado por uma professora). Também relatou que o usuário tinha atraso em seu desenvolvimento, que enquanto o irmão tinha capacidade para dirigir e trabalhar, de se virar sozinho, ele não tinha se desenvolvido de forma saudável, era frágil. O pai também reforçou a fala da mãe, afirmando que seus filhos eram muito dependentes, em especial o usuário.

Após a escuta, acompanhamos o usuário e a mãe na consulta com o psiquiatra. Participaram também os residentes de psiquiatria, aos quais o médico plantonista autorizou que realizassem a conduta. Durante a consulta, o usuário verbalizou pouco, constantemente sendo interrompido pela fala da mãe, que parecia querer falar por ele e o usuário estava aparentando desconforto com a situação, relatando apenas que interrompeu a medicação que estava fazendo uso (Sertralina), pois esta estava lhe causando dores abdominais e aperto na cabeça. A mãe complementava dizendo que ele não dormia, estava muito agitado, que sempre apresentava esses comportamentos e mostrou o laudo

da consulta no ambulatório psiquiátrico do Hospital Universitário, constando diagnóstico de Retardo Mental Leve e prescrevendo-lhe sertralina.

Em nenhum momento os médicos solicitaram que a mãe deixasse o filho falar. Percebemos que esta atitude feria mais ainda a autonomia do usuário, o único que poderia realmente oferecer informações valiosas a seu respeito. Eu e as outras residentes de saúde mental observando a situação instigamos o usuário a falar mais durante a consulta e o pedimos para relatar o que estava sentindo e que havia nos informado no acolhimento. Ele falou apenas que estava muito ansioso, com muita dificuldade para dormir e que não conseguia porque acreditava que iria ver coisas estranhas em seu quarto à noite. Informou ter visto vultos pretos e que ficava com medo de vê-los novamente.

Após a fala do usuário, o médico solicitou que o mesmo aguardasse fora enquanto conversava com a mãe dele, uma atitude que me deixou incomodada, afinal, qual era a intenção do profissional? Foi uma das minhas inquietações durante o processo. Era algo corriqueiro e que me suscitava muito desconforto, pois este profissional, em especial, tinha o costume de pedir que os usuários se retirassem e muitas vezes nem os escutava, para ele só o relato do familiar já era suficiente.

Para que ocorra um atendimento pautado nessa perspectiva, que envolva antes de tudo, um cuidado ético, se faz necessário que os trabalhadores estejam comprometidos e disponíveis na realização de um cuidado abrangente, compreendendo a dor do indivíduo e dando espaço para que o mesmo expresse suas expectativas e sentimentos, assim como esteja preparado para reconhecer os recursos da rede, ouvir, identificar, avaliar, planejar e interagir com a família do usuário. Mas o que se observa muitas vezes é um distanciamento, no qual a reflexão crítica e o diálogo não encontram espaço, pois o foco da atenção que deveria estar no cuidado, abrange apenas as relações puramente institucionais (CARDOSO, 2015).

A esta altura, os estudantes de psiquiatria consideraram o diagnóstico de Retardo Mental Leve e acrescentaram ansiedade não especificada. Pretendiam encaminhar o usuário novamente para ambulatório, para acompanhamento psiquiátrico e psicológico, quando indaguei se os mesmos não observaram outras questões durante a consulta. Como a explícita falta de autonomia e protagonismo do usuário, as questões sociais e familiares envolvidas e o sofrimento daquele usuário que já havia passado por diversos serviços, peregrinando na rede e nenhum havia sido resolutivo (a mãe havia informado que o usuário já foi internado em hospital psiquiátrico, já havia realizado acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário, frequentado a FUNAD) e perguntei o



que os mesmos achariam daquele usuário, que havia chegado a um grau de ansiedade e depressão que pela primeira vez passou a apresentar sintomas psicóticos (delírios persecutórios, pseudoalucinações visuais) se não seria interessante que o mesmo realizasse um tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial.

Os médicos relataram que acharia difícil que o usuário, encaminhado com diagnóstico de Retardo Mental, conseguisse realizar o acompanhamento neste serviço, que não costumava aceitar esse perfil de usuário. No serviço de urgência psiquiátrica, uma prática bastante comum é a centralização da conduta médica, que define o encaminhamento do usuário na rede e que infelizmente ainda predomina um alto número de encaminhamentos para hospitais psiquiátricos da cidade. Tal fato corrobora com uma visão hospitalocêntrica, envolvendo ações que envolvem uma cultura manicomial e promovem segregação mesmo que no âmbito dos serviços substitutivos (LIMA, 2011).

Novamente me indaguei se esses profissionais haviam percebido até então o sofrimento do usuário em sua totalidade, para além desse diagnóstico, que por sinal eu não havia concordado até então. Mas apenas me dispus a entrar em contato com o CAPS e acompanhar o usuário em sua triagem. Alguns fatores que também motivaram a me implicar no encaminhamento do usuário foi o fato de já ter conhecido o serviço, enquanto residente passei um período de quatro meses, onde pude estabelecer uma relação de confiança com a equipe que lá atua e achei que facilitaria a adesão do usuário, assim como poderia repassar as informações colhidas junto às minhas percepções.

Ao chegarmos ao serviço supracitado, procurei relatar as informações primeiramente ao psiquiatra, que já me conhecia e pedi que se fosse possível o atendesse após a triagem e o mesmo se prontificou a realizar a consulta. Fui junto ao usuário e à família participar da triagem, realizada por uma psicóloga. Logo que deu início, os pais do usuário respondiam as perguntas feitas pela profissional durante a triagem, que incentivou o usuário a respondê-las, dizendo que ficasse a vontade para falar o que sentisse necessidade. Alguns fatores que me chamaram a atenção no momento da triagem no CAPS, foi o fato do usuário já ter trabalhado, mesmo que de forma informal, porém os pais insistiam que o mesmo era muito dependente. Outra questão foi o fato do usuário ter terminado o segundo grau e ter tirado habilitação, o que mostrava que ao contrário do relato de seus pais, esse usuário era sim autônomo, capaz de trabalhar, de responder por si mesmo, mas seu sofrimento o limitava e o impedia de continuar buscando suas conquistas. E o seu diagnóstico só reforçou ainda mais o que seus pais acreditavam, de que ele não tinha condições de tais

capacidades, mesmo as tendo conquistado.

No momento da queixa, a mãe se prontificou novamente a responder, alegando que o filho encontrava-se muito ansioso, com sintomas de pânico e o que a deixou mais nervosa foi o fato dele ter dito que tinha visões, coisa que ele nunca havia apresentado até então. E também delírio de perseguição, de que o vulto preto iria pegá-lo. Quando perguntamos ao usuário sobre o que a mãe tinha informado ele confirmou. Incentivamos o mesmo a falar também sobre o que lhe afligia. Ele acrescentou que sentia a cabeça esquentar e ficava acordado a noite porque temia que essas sensações aparecessem. Disse que sentiu medo enquanto estava na urgência psiquiátrica mais cedo, que não se sentia bem em locais fechados, com muita gente. E também por se tratar de um local em que as pessoas estavam agitadas. É importante salientar que as condições estruturais deste serviço são bastante precárias, pois além de ser um espaço pequeno para o contingente que atende, é um lugar fechado, com muitas grades, escuro e necessitando de revitalização. Estrutura que não favorece a estabilização do usuário.

O usuário relatou ainda que em 2007 internou-se em um hospital psiquiátrico, na época, por trabalhar demais, o que suscitou ansiedade e pânico. Permaneceu durante quinze dias e que apresentou crise de gastrite. A mãe disse que neste período ele se encontrava com esgotamento mental.

Neste momento, percebemos o mesmo mais disposto a compartilhar suas queixas, mais participativo e aberto durante a triagem, informando que nunca usou substâncias psicoativas. A mãe nesse momento até usou um termo comparando o filho a um "bebê de colo". Informou ainda que durante a infância ele estudou em muitas escolas e relataram um episódio em que o usuário foi atendido por um psiquiatra que não chegou a ouvir a história dele, apenas prescreveu a medicação e pediu que o usuário retornasse 60 dias depois (segundo os pais, um dos melhores psiquiatras da época). Quando a psicóloga perguntou a respeito de seu desenvolvimento, a mãe informou que ele foi prematuro e que o irmão (gêmeo) sempre foi mais alto, mais alegre, mais desenvolvido, e ele mais "acanhado. Disse que o filho era sociável e comunicativo na época da escola. Nesse momento, perguntamos ao usuário se ele concordava com tal afirmação e o mesmo relatou que não se sentia assim na escola. A mãe quis interromper, mas pedimos a ela que o deixasse falar. O usuário falou de um episódio em que a professora o chamou a atenção na frente dos outros alunos e todos riram dele. Ele disse que passou mal e chamaram o seu irmão. A mãe novamente interrompeu e contou a história com mais detalhes, disse que ele teve essa decepção



quando criança, porque não conseguia fazer as operações na aula de matemática e a professora instigou os outros alunos para vaiarem ele. Disse que nesse momento o irmão dele foi avisá-la porque depois do fato ele passou mal.

Com relação a sua adolescência, o usuário disse que nunca saía. Sempre era da escola para casa. O pai disse que ele teve uma desilusão amorosa. Nesse momento o usuário relatou que ao saber que uma menina gostava dele, um rapaz foi tirar satisfação com ele na escola, portando um punhal e o ameaçando, após o episódio ele entrou em estado de pânico. Os pais relataram que o usuário sofria bullying na rua em que mora, em que alguns rapazes faziam uso de substâncias e provocavam o usuário quando ele passava na rua.

Após a conclusão da triagem, explicamos aos pais acerca da importância deles participarem da oficina de família que o serviço oferece, a fim de que troquem experiências sobre a saúde mental, compreendam melhor o sofrimento e a importância do incentivo à autonomia e o protagonismo do filho para o bom andamento do seu tratamento. Eles se prontificaram a participar. Ressaltamos também o funcionamento do CAPS, que seria um breve período, enquanto o usuário se restabelecesse e que logo mais ele não precisaria frequentar o serviço.

Após passar pelo psiquiatra do CAPS, procuramos conversar com o médico a fim de colher as impressões que ele teve do usuário. O médico afirmou que em nenhum momento o indentificou como portador de retardo mental leve, mas observou muita influência social e familiar no comportamento dele, o que corroborou com a visão que tínhamos da situação. Esta me pareceu uma visão bem mais humana que a dos outros profissionais que o avaliaram, o que considerei mais um aspecto positivo para o tratamento do seu sofrimento. Relatou que a priori sua hipótese diagnóstica era de transtorno depressivo com sintomas psicóticos, também observou traços histéricos evitativos.

De uma forma geral, a minha impressão do caso foi baseada nas relações contextuais do usuário. Diante dessas questões, outro aspecto que me chamou a atenção foi as condutas psiquiátricas adotadas com o usuário e o fato dos diagnósticos divergirem. Um psiquiatra do Hospital Universitário diagnosticou apenas retardo leve; o da Urgência Psiquiátrica, além do F 70.1 (Retardo Mental Leve) acrescentou o F 41. 9 (ansiedade não especificada). Já o psiquiatra do CAPS apontou diferentes hipóteses diagnósticas (transtornos depressivos com sintomas psicóticos, traços histéricos evitativos), mas ressaltou a prevalência da interferência sócio-familiar. Segundo o mesmo, o usuário não apresenta F 70.1 (retardo mental leve).

Percebi que o usuário se apresentava em uma

situação de sofrimento mental grave, já que além de apresentar toda uma sintomatologia que envolvia: insônia, ansiedade, higiene prejudicada, depressão, pseudo-alucinações visuais, insegurança, baixa autoestima e se encontrava em uma relação familiar adoecida, já que não era compreendido pela família acerca da sua real condição, que acreditavam que o mesmo não era capaz de exercer sua autonomia. Após participar da consulta psiquiátrica na urgência e estar a par do caso, com a intenção do médico e dos residentes de psiquiatria de encaminhá-lo para um atendimento ambulatorial, sugeri o acompanhamento no CAPS, esta sugestão foi baseada: na incompreensão dos pais acerca do estado do filho (os genitores superprotegem, tutelam e prejudicam sua autonomia); na necessidade de resolução de um caso que se arrastava há anos, nas dificuldades da rede, e principalmente, na possibilidade de melhora do quadro, pois observei que se tratava de uma história que requeria, principalmente, uma assistência psicossocial, haja vista a sua complexidade. Nesse sentido, o profissional não é alguém que está de fora, como um cientista em seu laboratório. Ele também é um dos atores, constituído por sua história, seus medos, sofrimentos e relações. E é por ter essas dimensões que também perceberá a existência delas no outro, no encontro com o usuário. Dessa forma, esse encontro permite que o profissional se modifique, e que sua conduta também crie transformação no usuário, na família, na comunidade e no serviço em que atua. É importante que ele esteja atento a todas essas dimensões (BRASIL, 2013).

Após alguns meses do encaminhamento do usuário para o CAPS realizei uma visita, na tentativa de me informar a respeito do seu tratamento e de como ele tem se apresentado. Após agendar a visita, cheguei ao serviço e infelizmente o usuário havia se ausentado à pouco tempo antes de minha chegada, mas por um bom motivo: o mesmo conseguiu um emprego em uma rede de atacado e varejo na cidade. Conversei com uma das profissionais que o acompanhou no serviço e segundo a mesma, ele era muito participativo e sempre buscava auxiliar aos outros usuários no desenvolvimento das atividades, fato que possibilitou socialização, permitiu a criação de laços e o fortalecimento de sua autoestima, pois o usuário encontrou um espaço em que se sentia útil e pôde criar vínculos.

O enfoque na reabilitação do usuário deve envolver um conjunto de ações em prol do aumento das habilidades do indivíduo, na tentativa de diminuição do dano causado pelo sofrimento psíquico. Faz-se necessário uma visão que integre todos os envolvidos na relação saúde/doença do usuário, seja a família, os profissionais e a comunidade de uma forma geral. É nessa perspectiva que os Centros de Atenção Psicossocial atuam, de forma a encararem a reabilitação através dos serviços no território,

permitindo que o sujeito utilize os espaços da comunidade e retorne sua posição frente a sua vida social (CARDOSO, 2015).

#### 4 CONCLUSÕES

Observou-se no relato que a família apresenta a dificuldade de compreender o adoecimento psíquico do ente. Tal fato pode estar relacionado ao estigma que o transtorno mental carrega, em que o indivíduo passa muitas vezes a ser enxergado como incapaz de exercer sua autonomia; às questões vivenciadas pelos genitores acerca do desenvolvimento do usuário: sua prematuridade, que requeria muitos cuidados; o fato do usuário ser acompanhado em serviços que tratam da saúde mental desde a infância; o diagnóstico de Retardo Mental Leve, que possivelmente interferiu na auto estima e na visão dos pais a seu respeito; a peregrinação na rede, que não se mostrou muito resolutiva; além de todas as questões que perpassam sua história.

A abordagem das profissionais da residência multiprofissional e do CAPS foi fundamental para a resolutividade do caso. Houve algumas questões que dificultaram o processo, como a peregrinação do usuário na rede, que passou por diversos serviços sem necessariamente ser enxergado em sua totalidade; a diversidade de diagnósticos recebidos, que leva a inferir que possibilitou falta de autonomia do usuário, pois os seus pais o enxergavam como dependente, apesar dele em várias iniciativas demonstrar ser capaz. Outra questão fundamental foi a visão humana dos profissionais, levando em consideração o usuário e seu contexto, possibilitando ao mesmo o retorno a suas atividades e o alívio de seu sofrimento.

Desta forma, toda a discussão apresentada também procurou demonstrar que o sofrimento psíquico é resultado de diversos fatores, desde os impactos emocionais na vida do sujeito, sua condição social e afetiva, seu temperamento, seu desenvolvimento, história e também rede de apoio. É de suma importância que o profissional envolvido tenha em vista todos esses aspectos, de forma a compreender o contexto de cada um dos sujeitos que procuram os serviços, sendo esta uma condição mínima para a produção de saúde.

#### REFERÊNCIAS

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.195-204, fev, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**: Cadernos de Saúde, nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Relato de experiência de um atendimento em um CAPS: considerações sobre o cuidado em saúde mental. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 7, n. 2, p. 166-186, dez. 2015.

COLVERO, Luciana de Almeida. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

EPS EM MOVIMENTO. Usuário guia. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FERNANDES, Márcia Antrés; MAIA, Maria Alice Bastos; MEIRELES, Patrícia Carvalho Joca; SOUSA, Laura Emanueli Neiva de. Reforma psiquiátrica: percepção da família do portador de transtorno mental. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.3, p.21-25, Jul-Ago-Set. 2012.

LIMA, Emanuel José Batista. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: Pluralidade e movimento. In: Spink, M. J. P., Figueiredo, P., & Brasilino, J. (orgs). *Psicologia Social e Pessoaalidade*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais e ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), 2011.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, jun. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 jun. 2016.

MORENO, Vânia. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 3, p.566-572, set. 2009.

MERHY, Emerson Elias. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. p. 25-37. Campinas: Hucitec, 2007

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo.; CIRILO, Livia Sales.; COSTA, Gabriela Maria Cavalcanti; O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. **Revista baiana de Saúde Pública**. v.37, n.1, p.164-178, jan./mar. 2013

SANTIN, Gisele.; KLAFE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em Saúde Mental. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011

SOUZA, Maiquel Danzer.; KANTORSKY, Luciane Prado.; SCHWARTZ, Eda; GALERA, Sueli Aparecida Fradi.; JÚNIOR, Sidnei Teixeira.; A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Revista eletrônica de Enfermagem**. v.11(1):124-32, 2009