

A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental

The importance of family in care practices in the field of Mental Health

Giliana Martins da Costa¹, Cecylia Kátia Limaverde Pessoa², Camila Alves Soares³, Silmara Alves Moreira Rocha⁴

Resumo

Objetivo: Esta pesquisa teve por objetivos investigar a vivência e participação da família no tratamento de usuários de saúde mental; identificar as formas de participação da família no tratamento do seu familiar; compreender os sentimentos e as dificuldades por ela vivenciados; e conhecer o relacionamento familiar e sua influência na recuperação do sujeito. **Método:** Tratou-se de um estudo descritivo, delineado em uma abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial, SER VI, de Fortaleza - CE. Os participantes da pesquisas foram quinze familiares que acompanhavam seus parentes nesse CAPS. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2011, por meio de entrevista semiestruturada. Portanto, alcançaram-se três categorias de análise: formas de participação da família no cuidado; sentimentos e dificuldades vivenciadas pela família; relacionamento familiar e sua influência na recuperação do

indivíduo. **Resultados:** Constatou-se haver tanto famílias que participam da vida do seu familiar, que cuidam e estão presentes em suas vidas, dando apoio emocional e instrumental como aquelas que abandonam ou sobrecarregam outros parentes. Diante das situações vivenciadas, há uma mistura de sentimentos, ressaltando-se a tristeza, a vergonha e o medo, decorrente de momentos de agressividade. As principais dificuldades envolvem o manejo das situações de crise e os problemas financeiros. Quanto à dinâmica familiar, há mudanças positivas com o tratamento, minimizando conflitos intrafamiliares, mas ainda prevalecem situações de desentendimento. **Conclusão:** Concluiu-se que as famílias ainda carecem de apoio para lidar com seu ente familiar em sofrimento psíquico, seja pela falta de informação em relação ao problema, ou pelo despreparo nas situações de crise. Nesse contexto, os trabalhadores da saúde, não só do campo da saúde mental, precisam conhecer e entender a dinâmica familiar para elaborar um plano de cuidados, visto que cada família tem sua singularidade e sua particularidade. De acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, a família tem papel central na reinserção social. Desta forma é fundamental, entender sua dinâmica e

1 Enfermeira do Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, Fortaleza-CE.

2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

3 Psicóloga. Especialista em Saúde Mental. Escola de Saúde Pública do Ceará(ESP/CE).

4 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Escola de Saúde Pública do Ceará(ESP/CE).

necessidades para pensar as práticas de cuidado.

Palavras-chave: Família. Saúde Mental. Práticas de cuidado.

Abstract

Objective: This research aimed to investigate the living and family participation in the treatment of mental health users, identifying the types of family involvement in the treatment of his family, to reveal the feelings and the difficulties experienced by the family, and understand the relationships and their influence on the recovery of the individual. **Methods:** This was a descriptive study, outlined in a qualitative approach, held at the Center for Psychosocial BE VI, Fortaleza - CE. The subjects were fifteen families who accompanied their relatives in CAPS, and data collection occurred from August to October 2011, through semi-structured interview. Therefore, reached three categories of analysis: forms of family participation in treatment, feelings and difficulties experienced by the family, their relationships and influences on the recovery of the individual. **Results:** It was found to have both families participate in the life of your family who care and are present in their lives, giving emotional support and instrumental, as those who drop out or oppress some parents. Feelings experienced before, there are mixed feelings, emphasizing the sadness, shame and fear resulting from the aggression. The main difficulties involve financial problems and deal with crisis situations. The family dynamics, there are positive changes to the treatment minimizing domestic conflict, but fighting still prevail. **Conclusion:** We conclude, therefore, that families are not prepared to deal with your loved one, is the lack of information regarding the disease,

or unpreparedness in crisis situations, in which state they do not know how to act. In this context, nurses need to know and understand the family dynamics to develop a plan of care for the same, since each family has its uniqueness and its intimacy. It is a challenge to care for someone, especially a family caring for mental patients, taking into consideration that these families are not prepared to care for and handle the mental complexity of the disease.

Keywords: Family. Mental health. Care practices.

Introdução

A maioria das pessoas é membro de algum grupo, seja de amigos, de colegas de trabalho, da igreja ou da escola. A participação no grupo representa uma parte específica da vida dos sujeitos, conferindo-lhes identidade. Entretanto, apenas a família se constitui como parte essencial da vida dos sujeitos, satisfazendo suas necessidades humanas básicas para promover a saúde¹.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o conceito de família refere-se ao conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica, ou normas de convivência, que residem em uma unidade domiciliar e, também, à pessoa que mora só em uma unidade domiciliar².

A família pode ser definida, ainda, como um sistema ou unidade social complexa, constituído por pessoas, mas principalmente, pelas relações e ligações entre elas, concretizadas nas vivências dinâmicas e singulares de cada uma. Dessa forma, é necessário estar sempre atento às relações que são construídas e fazem parte deste ambiente familiar, identificando, por exemplo, se as pessoas se gostam, se há

respeito mútuo, se comunicam-se de forma saudável, se há expressão de sentimentos, dentre outros aspectos³.

Tradicionalmente, a família se constitui e se transforma de acordo com as relações da sociedade. No grupo familiar, experimentam-se sentimentos e vivências em cuidar do outro, o que ganha mais intensidade quando há algum membro da família com um problema de saúde. É importante ressaltar que algumas famílias sentem-se limitadas para cuidar do seu familiar em sofrimento psíquico, principalmente quando se fala em solucionar ou amenizar as consequências advindas de situações conflituosas, responsável, muitas vezes pela mudança da dinâmica vivenciada⁴.

Para se ajustar às novas situações, são necessários laços de amor, respeito e companheirismo, apoio de outras pessoas e instituições, e o fortalecimento da solidariedade.

É a família quem fornece ao indivíduo os primeiros elementos que podem contribuir para fazê-lo indivíduo fortalecido ou fragilizado subjetivamente, podendo ser, ainda, um espaço de prazer ou de sofrimento³.

Quando a família consegue oferecer aos seus membros: cuidado, carinho, atenção, diálogo, autonomia, empatia, afetividade, aceitação e liberdade, ela passa a funcionar como uma importante fonte de suporte, indispensável ao desenvolvimento saudável de seus integrantes⁵.

Contudo, o adoecimento de um dos membros da família sempre produz certo sofrimento e determina uma reorganização do grupo familiar para lidar com essa nova situação. Não surpreende, portanto, que as dificuldades no convívio entre pacientes

e familiares sejam caracterizadas como o principal obstáculo a ser enfrentado⁶.

Considerando a saúde na perspectiva da integralidade, e não apenas na ausência de doença, a saúde mental constitui-se, portanto, como parte indispensável dessa, permitindo ao indivíduo o aproveitamento pleno de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de dificuldades no cotidiano, a produção no trabalho e a contribuição para a vida em sociedade⁵.

Inicialmente, os indivíduos aprendem e desenvolvem as atividades de cuidados, de crenças e de valores de saúde na família. No processo saúde-doença, assim como em outros aspectos da vida, o indivíduo reflete os comportamentos aprendidos nesse meio. Portanto, quando os usuários demandam atendimento de saúde, eles trazem seus próprios comportamentos e necessidades pessoais, mas também trazem, em certo sentido, a sua família⁶.

A família, historicamente, foi excluída do tratamento dispensado às pessoas ditas "com transtorno mental", pelo fato de seus familiares encontrarem-se internados em hospitais psiquiátricos construídos longe do seu ambiente familiar, dificultando, conseqüentemente, o acesso a essas instituições. Atualmente, tem-se procurado inseri-la como parceira no processo de Reabilitação Psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico, contribuindo para a efetivação e resolutividade dos serviços substitutivos como corresponsáveis pelo cuidado⁷. Contudo, observa-se que essa inserção acontece de forma lenta e incipiente.

A ressocialização do sujeito em sofrimento psíquico encontra algumas barreiras, pois a vivência do sofrimento, em alguns

casos, é considerada desordem e/ou doença. A família acaba experimentando sentimentos diversos em relação ao paciente: impaciência, culpa, pena, preocupação, medo, cansaço, temor, revolta. Também há aqueles que referem não suportar mais cuidar do paciente enquanto outros afirmam não abandonar seu familiar de forma alguma, mesmo diante das dificuldades⁸.

Assim, a culpa, muitas vezes, é uma marca presente na vida dos familiares do usuário da saúde mental, o que denota que os sentimentos dos familiares são heterogêneos e ambivalentes, mas acima de tudo existe preocupação com o bem-estar do paciente. Considerando-se que a família é o alicerce fundamental das relações humanas, o fato de ter um membro em sofrimento mental ocasiona uma experiência crítica e avassaladora para todos, que marca profundamente suas vidas. Dessa forma, o familiar vai se desgastando pela convivência com o sujeito em sofrimento psíquico, acarretando sobrecarga física e emocional, privando-se da sua própria vida para poder prestar um cuidado adequado⁹.

A partir da implantação da Reforma Psiquiátrica, o novo modelo de Atenção Psicossocial buscou valorizar os usuários da saúde mental como cidadãos e mantê-los no convívio com a família. Essa torna-se corresponsável no processo de Reabilitação Psicossocial, bem como na inclusão nos programas propostos e subsidiados pelo governo, favorecendo a segurança e permanência do usuário no seio familiar e comunitário¹⁰.

Esse modelo assistencial preconiza a diminuição da oferta de leitos em Hospitais Psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), deslocando, assim, o seguimento e a

evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de sofrimento psíquico¹¹.

Os CAPS são considerados, portanto, dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção integral em saúde mental. Atuam sob a lógica da territorialização, ou seja, estão circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os frequentam e buscam nas suas ações, o resgate das potencialidades dos recursos comunitários, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode ocorrer a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade¹².

Com o novo modelo de assistência ao sujeito em sofrimento psíquico, a família é vista como elemento fundamental, ajudando na reinserção do usuário na sociedade e fortalecendo o cuidado em liberdade. Apesar das dificuldades encontradas no processo de cuidado: financeiras, estruturais e afetivas, a família também deve receber assistência e suporte dos profissionais de saúde, de modo a evitar a sobrecarga nos cuidados, além de desgaste emocional.

Aproximarmos-nos da família é uma forma de garantir a continuidade do cuidado. Dessa forma, deve ser enfatizada a importância das reuniões de família, nos quais os familiares compartilham experiências e se apoiam mutuamente, conversam com os profissionais e recebem orientações¹³.

A família deve ainda ser estimulada a modificar sua forma de visualizar as situações-problema e cuidar do sujeito em sofrimento psíquico, visando melhorar a convivência e permitir sua inserção no meio familiar. Portanto, os serviços de saúde

mental têm um papel importante, devendo proporcionar à família espaços de trocas, possibilitando que sejam parceiros em uma nova forma de cuidado¹⁴.

Para tornar saudável a convivência com o sujeito em sofrimento psíquico na família é necessário um serviço especializado que a apoie, esclareça suas dúvidas e a oriente nas dificuldades, fazendo com que paciente e família conduzam suas vidas com qualidade e sem comprometimento da saúde mental de ambos. Dessa forma, o profissional precisa encorajar a família a aceitar a realidade e a planejar sua vida a partir das possibilidades¹⁵.

A busca para a realização desta pesquisa se deu a partir do interesse de investigar como a família se sente em relação ao sofrimento psíquico do seu familiar e quais os obstáculos que enfrenta no cotidiano do ambiente doméstico. Observa-se que quando o sofrimento não é compreendido pela família, muitas dificuldades do sujeito são percebidas erroneamente como fantasias ou invenções, outras vezes, somente como uma forma de chamar a atenção da família. Por vezes, o preconceito e a discriminação, ainda tão presentes na atualidade, podem ser mais marcantes e traumáticos em relação ao sofrimento psíquico, emergindo dificuldades que podem levar ao abandono, à indiferença, à rejeição, à superproteção, à negação da realidade, dentre outras limitações.

Portanto, ao propor este estudo, algumas questões foram formuladas: como se dá a participação da família no acompanhamento/tratamento do seu familiar em sofrimento psíquico? Quais são os sentimentos e as dificuldades vivenciadas pelos familiares? Como se processam as relações cotidianas? Como é a convivência diária com o familiar em sofrimento psíqui-

co? De que forma a família contribui ou não para o cuidado do sujeito?

É fundamental para o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico que a família se conscientize da importância de sua participação no acompanhamento do familiar, devendo, para tanto, conhecer um pouco mais sobre as dificuldades nas suas relações familiares, sociais e profissionais. É indispensável ainda que a família consiga compreender e aceitar algumas dificuldades, trabalhando a rejeição, o estigma e o preconceito.

Dessa forma, acreditamos que o estudo pode contribuir para sensibilizar os familiares sobre a importância da sua participação e do seu envolvimento afetivo na melhoria da qualidade de vida do familiar usuário da saúde mental.

Esta pesquisa teve como objetivos: investigar a vivência e a participação da família no acompanhamento/tratamento dos usuários da saúde mental; identificar as formas de participação da família no acompanhamento do seu familiar; compreender os sentimentos e as dificuldades vivenciados pela família; e conhecer o relacionamento familiar e sua influência no cuidado prestado.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo, delineado em uma abordagem qualitativa, que foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral, pertencente à Secretaria Executiva Regional do município de Fortaleza, SER VI, Estado do Ceará.

A pesquisa descritiva retrata fenômenos, busca descobrir a frequência com que um fato ocorre, natureza, características, causas e relações com outros fatos. Evita-se a interferência do pesquisador,

priorizando a descrição e análise do objeto da pesquisa, podendo assumir várias formas: bibliográfica, documental, de campo, de opinião, de motivação, estudo de caso, pesquisa histórica e levantamento¹⁶.

Na concepção qualitativa de pesquisa, os seus pesquisadores tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em sua totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando¹⁷.

Os sujeitos da pesquisa foram 15 familiares de usuários, de ambos os sexos, os quais estavam acompanhando seu familiar em atendimento no serviço de saúde mental, e que aceitaram participar livremente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tendo em vista que a abordagem qualitativa prioriza a investigação em profundidade, considerando o contexto e a profundidade das relações, alcançou-se a quantidade necessária de entrevistados por meio de saturação dos dados qualitativos, atendendo assim aos objetivos propostos¹⁸.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2011, através da técnica de entrevista semiestruturada, que é aquela na qual o pesquisador explora mais amplamente determinada questão, geralmente por meio de perguntas abertas que são respondidas a partir de uma conversa informal. Trata-se de perguntas que estimulam a conversação, em que o pesquisador faz uso de um guia de tópicos, que garantam a cobertura da área de indagação¹⁷.

O caráter subjetivo da técnica de entrevistas exige condições de validade e confiabilidade. A validade diz respeito

à capacidade de os instrumentos e sua utilização adequada, fornecer os resultados que o pesquisador se propôs obter; a confiabilidade é baseada na descrição pormenorizada dos procedimentos de operacionalização das entrevistas e uso fundamentado e consistente das respostas obtidas¹⁹.

A pesquisa qualitativa utiliza categorias analíticas para descrever e explicar fenômenos sociais. Essas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados, ou usadas dedutivamente, no início ou no decorrer da análise, como uma forma de abordar os dados. Indexar dados qualitativos exige leitura e releitura do material coletado para identificar temas e categorias que podem centrar-se em expressões idiomáticas, incidentes ou tipos de comportamentos particulares²⁰.

Portanto, no estudo, de acordo com os objetivos propostos, alcançaram-se três categorias de análise: formas de participação da família no acompanhamento do usuário; sentimentos e dificuldades vivenciadas pela família em relação ao sofrimento psíquico de seu familiar; relacionamento familiar e sua influência no processo de cuidado.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa respeitou as normas da Resolução CNS nº 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos²¹.

A princípio, o Termo de Permissão para Pesquisa de Campo foi encaminhado para a Coordenação do Sistema Municipal de Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Posteriormente, foi contatada a Coordenação do Centro de Atenção Psicossocial, CAPS Geral, SER

VI, para a realização do estudo. Vale ressaltar que o projeto foi submetido inicialmente à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, para posterior entrada no campo de pesquisa, sendo aprovado Ad Referendum sob Parecer nº 275/2011.

Resultados e discussão

De acordo com os prontuários dos usuários, os transtornos psiquiátricos presentes envolvem: esquizofrenia; transtorno de humor, depressivo maior e bipolar; transtorno fóbico-ansioso; transtorno esquizoafetivo; transtorno de personalidade e do comportamento; transtorno dissociativo conversivo; transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool; e retardo mental não especificado.

Quando questionados **como a família participa do acompanhamento/tratamento no CAPS e de que forma contribui**, seja de forma afetiva e/ou financeira, houve maior destaque para o aspecto afetivo. Surgem, assim, falas que reforçam o carinho e a atenção dispensada por meio de conversas e conselhos ao seu familiar, o apoio no que diz respeito à espiritualidade, como também, no atendimento aos pedidos feitos por eles, o que denota apoio emocional e respeito àquela situação de sofrimento em que o indivíduo encontra-se envolvido. São referidos, também, o fornecimento de alimentação e vestimentas, determinando apoio instrumental.

Eu converso com minha filha e dou conselhos. Ajudo cuidando, dando carinho e fazendo tudo o que ela gosta de comer. (Mãe - 1)

Eu cuido dele direitinho, dou roupa, comida e o levo para a igreja. (Irmã - 1)

O apoio social, termo complexo e que faz parte de vários referenciais teóricos e modelos de prática, pode ser definido,

de forma ingênua, como a participação das pessoas que dispensam amor, que valorizam e preocupam-se com o outro, nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer situação, nos diversos contextos culturais, físicos, psíquicos, emocionais e sociais, visando, com isso, a promoção da saúde, o fortalecimento dos dispositivos de enfrentamento e o bem-estar do sujeito em sofrimento psíquico²².

Dessa forma, existem três tipos de apoio social: o apoio emocional, que é entendido como um recurso contra as ameaças à autoestima, percebida como expressão de carinho, cuidado e preocupação; o apoio informacional, o qual se refere ao ato de receber de outras pessoas noções indispensáveis que possam guiar e orientar suas ações no momento de tomada de decisões; e o apoio instrumental, que compreende a ajuda material ou prestação de serviços de uma maneira tangível e prática²³.

Alguns familiares afirmam que costumam conversar sobre os problemas vivenciados, orientam a medicação, convidam os familiares para passeios, o que reforça o apoio emocional, em expressões de apoio e cuidado.

Conversando, estamos sempre dialogando sobre a doença. (Mãe - 2)

Dou os remédios na hora certa, eu converso com ele; converso sobre o dia a dia, sobre a doença. (Mãe - 3)

A partir da implantação da Reforma Psiquiátrica no país, a família vem, pouco a pouco, sendo considerada como unidade básica no processo de assistência, sendo responsável pelo apoio físico, emocional, social e psicológico prestado ao seu familiar. Contudo, para que isso seja pos-

sível, o núcleo familiar necessita de recursos como apoio e preparo para lidar com os contratempos advindos da convivência²⁴.

Segundo Soares e Munari⁷, o envolvimento da família torna as intervenções mais eficientes, em especial, sua adesão ao tratamento.

Há aqueles familiares que afirmam contribuir ajudando financeiramente, além de prestar assistência e ajudar nos afazeres domésticos, denotando apoio emocional e instrumental.

Eu dou ajuda financeira e cuidado dele. (Irmão - 2)

Ajuda financeira e nos afazeres da casa; sou eu quem cuida dela. (Filha - 4)

A família que tem um dos seus membros em sofrimento psíquico necessita reorganizar-se, tendo em vista as sobrecargas que lhes são acarretadas devido às mudanças em suas rotinas, os gastos financeiros além dos orçamentos previstos e o grande desgaste físico e emocional no cuidado ao familiar²⁵.

Há também, em outras falas, o destaque para o abandono da família, em que afirmam que esta não participa do cotidiano familiar. Argumentam que a família tenta fugir da responsabilidade, sente-se envergonhada, a ponto de excluí-lo de encontros festivos. Por vezes, o cuidado e a preocupação ficam restritos a poucos parentes, sobrecarregando-os e trazendo conflitos.

Não há participação da família, é zero. O irmão é a única pessoa que vai visitar e que pergunta como ela está. Os outros familiares tentam fugir da responsabilidade. Uma das irmãs tem vergonha dela. (Cunhada - 13)

Uma fala, em especial, reforça o abandono total da família, sendo a cliente ajudada pelos vizinhos, tanto no aspecto afetivo quanto financeiro.

A família não participa do tratamento, a filha a abandonou e nem a madrinha quer saber dela. Converso com ela, ajudo financeiramente. (Vizinha - 11)

Com a presença de um indivíduo em sofrimento psíquico na família, poderão surgir atitudes de omissão e de isolamento, muitas vezes, motivados pelas situações conflituosas, uma vez que a família enfrenta o rompimento e a desordem em sua estrutura, podendo, de alguma forma, enfraquecer o convívio. O sentimento de culpa e responsabilização vivenciado pela família compromete o tratamento, reforçando ainda mais a resistência em levar o parente a um tratamento adequado. Consequentemente, a família se exclui e aumenta a impotência em relação ao problema. O preconceito social intimida mais ainda os familiares, o que acarreta sentimentos de rejeição ou indiferença²⁶.

Apenas um familiar afirma que toda a família participa e encara o “problema” como uma patologia como as demais, denotando a plena aceitação do familiar em sofrimento psíquico.

Todos os familiares participam ativamente. É como se fosse uma doença comum. (Esposa - 8)

Quando as famílias estão equilibradas emocionalmente, pode ocorrer remissão de alguns sinais, sintomas e comportamentos de seu familiar, uma vez que interagem positivamente com os seus membros, acolhendo suas recaídas. O componente essencial é que a família ajude o seu familiar em sofrimento a olhar além da sua dor,

conferindo-lhe autonomia e resgatando seu protagonismo e cidadania⁹.

Nesse aspecto, outra entrevistada afirma que a única participação é evitando o aborrecimento do usuário.

Em casa a gente procura não deixar ele nervoso, porque ele se irrita muito fácil. (Filha - 14)

Em relação aos sentimentos vivenciados pela família perante o seu familiar em sofrimento, boa parte dos entrevistados referiu tristeza diante da situação vivida pelo usuário. Nesse sentido, há uma percepção negativa em relação ao problema do familiar, por desejarem outra condição de saúde; pela falta de compreensão do problema do parente; pelas limitações das condições econômicas do cuidador, pelo desejo de querer oferecer uma vida mais digna.

Tristeza, angústia, decepção por parte dos outros filhos. (Mãe - 4)

Triste, porque num tem quem queira e que goste de saber que seu pai tá bem e depois ficou assim. (Filha - 15)

Tristeza porque sou pobre e não tenho como oferecer uma vida boa pra minha filha. Também me preocupo com minha neta. (Mãe - 3)

Dessa forma, a família, considerada elemento basilar do sujeito, também sofre e é excluída do processo de cuidado. Quando se pensa em qualidade de vida é importante entender que o acompanhamento de um sujeito em sofrimento psíquico está intimamente atrelado ao envolvimento da família, pois esta faz parte da “segurança” do indivíduo²⁷.

Outros mencionaram uma mistura de sentimentos, que envolvem tristeza, angústia, raiva, vergonha, desgosto, compaixão, pena, dó, relacionando os mesmos ao des-

caso ou ao abandono da família juntamente com o familiar em acompanhamento, bem como por algumas limitações decorrentes do problema, trazendo situações de constrangimento social tanto para os familiares como para o indivíduo.

Tristeza, angústia, raiva, vergonha, desgosto. (Irmão - 2)

Eu sinto raiva porque a família faz pouco caso. (Cunhada - 13)

Compaixão, pena, dó, tristeza. Me sinto mal, como no dia que ele queria viajar só e não conseguiu e ficou sentado no corredor do ônibus sem conseguir sair dali. (Filha - 14)

Tenho pena, porque é uma pessoa que não tem filho, não tem amor de marido, de filho; pelo desprezo que a madrinha dá. (Vizinha - 11)

Há, também, aqueles familiares que sentem medo quando o seu ente está agressivo. Outros sentem-se agradecidos pelo fato de o filho não ser violento.

Medo quando está agressivo. (Mãe - 1)

Tenho que agradecer a Deus o filho que tenho, que não é violento, não quer as coisas que não pode. (Mãe - 9)

À medida que as crises se intensificam, algumas famílias aprendem a lidar com essas dificuldades. Dessa forma, é necessário que os integrantes do grupo familiar aprendam a lidar com comportamentos imprevisíveis para melhor manejo da abordagem⁹.

Existe, ainda, o sentimento de perda expresso por uma esposa, dentre essas a perda material, tendo em vista ter deixado de fazer muitas coisas depois do início do problema do marido. Hoje, ela refere

que faz tudo sozinha, expressando essas ideias com visível tristeza no olhar.

Sentimentos de perdas, também materiais, porque deixei de fazer tudo. Tudo o que fazíamos juntos, hoje eu faço só. (Esposa - 8)

Diante do sofrimento de um membro da família, os sujeitos demonstram viver um processo de reorganização das suas dinâmicas familiares. Porém, o sentimento de perda permanece ocasionando desgaste emocional, aumentando o sofrimento psíquico e reduzindo as possibilidades de trocas afetivas²⁸.

Quando indagados sobre as dificuldades vivenciadas no contexto familiar, o maior foco foi quanto à questão financeira, diante de situações de conflito decorrentes da pouca ajuda dos familiares ou destacar ao encargo de somente um provedor.

Financeira, em relação aos meus irmãos que sempre dizem não. (Filha - 4)

Companheirismo que não tem; dificuldade financeira mesmo. (Vizinha - 11)

Só o dinheiro mesmo; não tenho muitas dificuldades, moro perto de um posto de saúde e qualquer coisa levo ele lá. (Irmã - 12)

Segundo Souza et al.⁴, no nosso país, é elevado o número de pessoas que, atualmente, sofrem de algum transtorno mental. A crise financeira pelas quais alguns familiares passam é um dos fatores de risco para o aumento dos casos relacionados ao sofrimento psíquico. Além disso, a situação de vulnerabilidade e de constante violência dentro e fora das famílias também agrava a situação. Outros aspectos relevantes são a dificuldade de custear o tratamento e as limitações que surgem na vida do cuidador,

pela rotina de cuidados, a qual os impedem de firmarem relações trabalhistas estáveis.

Além da dificuldade financeira, podem os perceber que a família ainda não está preparada para o manejo das crises. Os comportamentos agressivos, a errância, a insônia, a inquietação, os delírios e alucinações, são alguns desses momentos de instabilidade que causam sentimentos de insegurança e impotência nos familiares.

É porque é apenas eu e ela, não tem família, dificuldade financeira, e durante as crises que ela pedia para ir à igreja e ela ficava em pé na moto; tinha que esconder as facas, os pratos, os copos se não quebrava tudo. (Esposa - 10)

Em épocas de crise, porque ele quer bater na gente, não quer tomar banho, tirando isso ele é calmo. (Irmã - 7)

Violento, dependendo da crise. (Filha - 14)

Muitas, não há como descrever (momentos de choro), mas a dificuldade maior foi quando ele deu várias marteladas no irmão, depois sumiu e só apareceu com dois dias; também financeira, porque queria comprar uma casa para ele e ir morar com ele. (Mãe -5)

Spadini; Mello e Souza²⁵, em um de seus estudos, afirmaram que o desentendimento familiar e as agressões verbais e físicas são fatores que favorecem o desequilíbrio do familiar. Ressaltam, ainda, que a relação familiar é a base para uma boa estrutura emocional do sujeito em sofrimento psíquico, contribuindo na prevenção de crises e ajudando no seu acompanhamento. Entende-se, assim, que se faz necessário que os constituintes delas tenham a capacidade constante de repensar

e reorganizar a dinâmica interna, para que esse espaço seja de promoção de saúde e não lócus de adoecimento mental.

Um importante recurso de suporte às crises tem sido a realização de atividades terapêuticas que envolvem principalmente as atividades coletivas, como ações na comunidade, pois assim, substituem as preocupações, favorecem a interação em grupo, e a autonomia do sujeito, pois esse é parte do corpo social e parte viva da comunidade²⁹. Aliando a isso uma abordagem dos valores na família e uma análise do sistema familiar, que permite ao profissional observar como essa família estrutura-se nas situações de crises, servindo de retaguarda para o cuidado, orientando-os e ajudando-os a reelaborar alternativas para se sobressair nesses momentos de fragilidade³⁰.

Além disso, os familiares salientam a dificuldade em ter que conciliar os cuidados com o familiar e as atividades de trabalho em momentos de comportamentos um pouco mais inquietos, a ponto de não mais conseguir trabalhar, devido à agitação do familiar, que em situações extremas, pode quebrar objetos em casa e fazer muito barulho, incomodando a família e os vizinhos.

Combater as coisas dele, controlar as suas atitudes. (Mãe - 1)

Não poder sair de casa para trabalhar, também faz muito barulho porque se bate e quebra tudo dentro do quarto, incomodando à mim e aos vizinhos. (Irmão - 2)

Em pesquisa realizada com profissionais da Rede Básica de Saúde a respeito da depressão, constatou-se que esses não sabiam identificar usuários com sintomatologia depressiva, assim como não observavam esses indicadores nos pacientes

atendidos. Muitos não atribuem como sua essa tarefa de identificação, eximindo-se da responsabilidade de manejar terapêuticamente o sujeito em sofrimento psíquico. Quando identificam os casos, alguns encaminham para tratamento especializado, e muitos consideram que sua tarefa limita-se à orientação medicamentosa, para melhorar a adesão ao tratamento. Dessa maneira devemos lembrar que a assistência e cuidado em saúde, mais especificamente no campo da saúde mental, não se limita em ajudar o paciente a conseguir medicação, mas também orientar a família e a comunidade sobre as relações envolvidas³¹.

Outro entrevistado destaca a sensação de “prisão”, decorrente de situações que levam-na a não poder sair, viajar, por ter que cuidar do familiar, limitando sua vida.

Pra mim é ficar presa. (Cunhada - 13)

Essa privação referida pelo entrevistado reflete, muitas vezes, o cansaço decorrente do cuidado intensivo que a pessoa presta ao familiar. Quando esse ainda tem disposição para realizar alguma atividade pessoal, o cuidador sente culpa por não querer deixar o indivíduo só ou, então, acaba restringindo suas atividades coletivas, isolando-se.

Nesse aspecto, Navarini e Hirdes⁹ argumentam que o familiar vai se desgastando pela convivência com a pessoa em sofrimento psíquico, o que acarreta uma sobrecarga física ou emocional, muitas vezes privando-se de alguns aspectos pessoais com o intuito de prestar um cuidado adequado. O comportamento, por vezes instável da pessoa, debilita as expectativas sociais e origina incertezas e dificuldades no grupo familiar e na sociedade.

Esteve presente também em determinada fala o uso abusivo de álcool, ocasionado

nando transtornos familiares e complicações no tratamento.

É porque ele não para de beber, quando bebe coloca um boneco e tanto, também a dificuldade financeira, porque a minha mãe fez dois empréstimos e vem descontado no benefício dele. (Filha - 15)

Somente duas entrevistadas responderam que, atualmente, não enfrentam mais dificuldades, mas que elas já passaram por situações difíceis, o que denota o efeito terapêutico positivo do acompanhamento integral ao usuário, o qual envolve o familiar como autor basilar do processo de cuidado. Constata-se, assim, que a continuidade do tratamento promove redução de alguns sintomas, estabiliza determinados comportamentos e promove mudança de hábitos, gerando qualidade de vida, e, conseqüentemente, possibilitando uma melhoria no cotidiano familiar.

No começo da doença foi muito difícil, porque não queria comer, não queria cortar o cabelo, não queria vim no médico, mas agora está tudo controlado. (Mãe - 6)

Enfrentei, agora vivo em paz, porque ele era muito agressivo. (Mãe - 9)

No que se refere ao **relacionamento familiar**, quando indagados sobre o cotidiano, houve destaque, em alguns relatos, de convivências harmoniosas, de expressões que relatam união na família. Fala-se, ainda, que os familiares gostam, cuidam e respeitam o sujeito em sofrimento psíquico, contudo, com o advento de uma ruptura brusca de saúde a dinâmica familiar foi alterada significativamente.

É boa, não tem briga, somos uma família unida. (Mãe - 6)

A gente vive tudo bem; ele não é isolado, não tratamos com indiferença, vive bem com as outras pessoas e não tem brigas. (Irmã - 12)

O relacionamento é bom, ela é calma, faz tudo em casa, faz comida, não há brigas e as outras irmãs gostam dela e sempre que podem chegam com um presente para ela, seja um perfume ou uma sandália. Minha filha não é obrigada a fazer nada, mas gosta de cozinhar e ajudar umas senhoras que moram perto, porque elas dão um trocadinho. (Mãe - 3)

Não vou dizer que é normal, porque muda um pouco; posso dizer que até melhorou determinadas coisas, porque não tem mais brigas. (Esposa - 8)

Outros mencionam que o familiar tem um bom relacionamento com a figura identificada como cuidador, entretanto, refere certa dificuldade de relacionamento com outros familiares, o que ressalta a importância dos vínculos afetivos e de confiança entre os membros da família. Os conflitos no ambiente doméstico, em geral, levam ao isolamento do sujeito em sofrimento, diminuindo sua participação no cotidiano familiar.

Não tem brigas, ele só briga com a minha mãe e com a minha filha parecem duas crianças arengando. (Filha - 14)

Não tem brigas, só com a minha mãe que nem mora com a gente. Ele anda na minha casa, eu ando na dele, mas ele fica sempre muito isolado e também tem o meu marido que não quer ele dentro de casa, porque tem medo que ele faça alguma coisa contra nosso filho. (Filha - 15)

Não tem discussões, mas na relação com a própria família, eles a isolam. Em uma das reuniões familiares a cliente preferiu ficar comigo que com a própria família. (Cunhada - 13)

Há aqueles, também, que afirmam haver desentendimentos, seja devido ao comportamento "difícil" do familiar ou porque os outros familiares não entendem determinados aspectos e limitações decorrentes de alguns transtornos. Nesse sentido,

percebe-se nas falas, que não existe uma participação homogênea da família, em que poucos se implicam emocionalmente com o cliente; alguns, nem convivem; outros, não conseguem se relacionar com os interesses diferentes; já outros alegam o pouco espaço no domicílio. Porém, o espaço real indisponível é o espaço afetivo.

Tem brigas, porque minha mãe é muito teimosa; meus outros irmãos não participam; apenas um que me ajuda financeiramente e a minha filha é a única neta que ela tem contato. (Filha - 4)

Quase não há convivência, mas meus filhos se dão bem com ele, do tipo de ir jogar videogame com o tio, mas quando o mesmo se descontrola os meninos saem correndo e sobem para casa, mas que também já deu um cascudo no filho e já agrediu a própria mãe. (Irmã - 2)

Alguns autores referem que há uma grande dificuldade no convívio com o sujeito em sofrimento psíquico, devido à representação social de agressividade, ao afeto embotado do familiar, à imprevisibilidade dos comportamentos e mesmo ao isolamento social. Dessa forma, as desarmonias familiares não contribuem para um ambiente saudável, disparando ou intensificando determinados sintomas já presentes em alguns quadros mais graves²⁵.

Há um relato de mudança positiva no contexto familiar após o início do uso da medicação psiquiátrica, o que ajuda em alguns casos graves de sintomas positivos. Porém, não se observa nos relatos o relevante apoio dos profissionais e serviços a essas famílias, fazendo-nos inferir que a visão médico-centrada ainda encontra-se predominante.

Depois da medicação, está tudo bem; antes era muito ruim, tinha muitas brigas e ela estava sempre certa. (Esposo - 10)

Nesse momento da entrevista, a cliente interrompe e diz:

Parece que quanto mais ele fazia por mim, mais eu tinha raiva. A família não se envolve, porque é cada um por si; só o meu pai que me levou umas duas ou três vezes para a igreja. (Cliente - 10)

Quando questionados, **de que forma o serviço do CAPS poderia contribuir** para uma maior participação e envolvimento da família no tratamento e na recuperação do seu familiar, boa parte dos entrevistados referiu a realização de visita domiciliar, espaços de diálogo entre os profissionais e os membros da família, em especial, os cuidadores e familiares de outros usuários, sobre o convívio com o familiar, a troca de experiências entre eles, a orientação a respeito de determinados transtornos psiquiátricos e a condução nos momentos de crise, o desenvolvimento da autonomia dos mesmos e a aceitação do membro como parte integrante, participante do cotidiano familiar e a disponibilidade dos profissionais para atuar como apoiadores e corresponsáveis do processo de cuidado.

Através de uma visita a família, onde os psicólogos, assistentes sociais, conscientizasse a família sobre a doença, para participar da vida dela, porque ela tem opinião própria. (Cunhada - 13)

Visita na casa de cada um dos meus irmãos, para conversar e que dissesse que me ajudassem; procurei saber o que podia fazer e liguei para o CRAS e me disseram que eu podia processar eles por abandono, só que não tive coragem. (Filha - 15)

Há também, em determinada fala, a compreensão da importância da intersectorialidade, quando é referido que apenas um serviço não conseguiria resolver os problemas dos usuários de forma integral

e longitudinal. Para um acompanhamento integral, ressaltou-se a necessidade de uma ação conjunta com outros serviços, visto que a família desses usuários também necessita de atenção em diversos aspectos da vida.

O CAPS deveria fazer visita domiciliar, mas sei que ele sozinho não dá conta; para ajudar na recuperação, seria necessário envolvimento do Estado e da sociedade, porque a família não aceita o familiar e a mesma precisa também de cuidado e terapia. (Irmão - 2)

Faz-se necessário saber que a vida do sujeito em sofrimento psíquico vai além da patologia, tornando-se imperativo uma abordagem integral que contemple uma escuta atenta e qualificada, um atendimento mais humanizado e empático, exercendo, assim, a Clínica Ampliada. Assim sendo, é necessário que, ao definir atividades terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que possam promover saúde e não a reprodução de práticas nocivas e prejudiciais centradas na doença, reduzindo apenas a desinstitucionalização em seu sentido estrito².

Outro aspecto fundamental abordado é a necessidade de reunião com a família, de forma que os profissionais possam entender a dinâmica familiar e apontar possibilidades de intervenções no contexto da família, salientando a necessidade de integração usuário, família e serviço.

Queria que tivesse reunião com a família para eles saberem como ele está em casa, saber se a convivência melhorou, pois para ele melhorar tem que juntar família, paciente e o CAPS. (Irmã - 12)

A família, muitas vezes, parece perdida, sem um serviço de referência que possa ajudá-la a lidar e orientar a respeito

do familiar, necessitando dessa forma de um suporte psicossocial e econômico, diante de tantas mudanças ocorridas a partir das novas situações¹⁰.

É importante frisar que além da mudança dentro do serviço, as atividades e outras ações devem ser tensionadas cada vez mais para fora da instituição, através da articulação com outros setores e com os recursos comunitários.

Conclusão

Pelo presente estudo, podemos identificar que a família é um elemento essencial no apoio ao sujeito em sofrimento psíquico, quando se coloca como suporte seguro e confiável, o que contribui positivamente no processo de reabilitação e reinserção do seu familiar. O papel da família é de promover diálogo, cuidar, ser companheira, pois é neste espaço que se criam possibilidades e estratégias de cuidado que permitem autonomia ao sujeito. Contudo, observa-se que algumas famílias possuem uma postura que contribui negativamente com esse processo, isolando ou até mesmo abandonando o familiar.

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se que o membro da família que acompanha de forma mais próxima seu parente, na maioria das vezes, não compreende determinadas limitações do mesmo, o que dificulta o acompanhamento, o cuidado e o apoio.

Portanto, é necessário que o serviço de saúde mental se organize no sentido de buscar e incentivar a participação desses familiares, através do acolhimento em sala de espera, da criação de grupos específicos para troca de experiências fa-

miliares, da realização de visitas domiciliares, dentre outras ações. Dessa forma, o serviço poderá ajudá-los a encontrar alternativas e possibilidades para melhorar as relações, continuar o cuidado em âmbito familiar e em liberdade, como preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nesse sentido, é importante também que o serviço seja mais acolhedor, a começar pelos atendimentos pelos profissionais de saúde. Que esses possam exercer uma escuta atenta e empática, que promovam cuidados fora da instituição, que dialoguem sobre as dúvidas, medos e angústia em relação ao processo de cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, entendemos que este estudo visa contribuir para que os profissionais de saúde possam conhecer e entender a dinâmica e as necessidades familiares no processo de cuidado, considerando a singularidade e a particularidade de cada composição familiar. Reconhecemos também a limitação do estudo, visto o recorte reduzido, e por privilegiar a fala dos familiares, e não a dos profissionais e dos usuários, que também devem ser objetos de análise.

Referências

1. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Tradução: Ana Thorell e Regina Machado Garcez. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, Brasília, DF, 2004b.
3. Barreto A. de P. Terapia comunitária passo a passo. 3ª ed. Fortaleza: LCR, 2008.
4. Souza MD. et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. Rev Eletrônica Enferm. 2009; 11(1): 124-32.
5. Souza MS, Baptista MN. Associações entre suporte familiar e saúde mental. Psicol. Argum. 2008; 26(54):207-15.
6. Cirilo LS, Oliveira Filho P de, Saúde mental e CAPS: a importância do grupo de família, 2008. XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. [acesso em: 13 abr. 2011]; Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosINIC/INIC_0463_01_O.pdf.
7. Soares CB, Munari DB. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Ciência Cui. Saúde. 2007; 6(3): 357-62.
8. Furegato ARF. et al. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. Texto & Contexto Enferm. 2002; 11(3): 51-56.
9. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Texto & Contexto Enferm. 2008; 17(4): 680-88.
10. Moreira LHO, Felipe ICV, Goldstein EA, Brito AP, Costa LME. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Inclusão social. 2008; 3(1): 35-42.
11. Colvero LA, Costardi IdeCA, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(2): 197-205.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários, 2003. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 01 mar. 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.
13. Jorge MSB. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1): 135-42.
14. Moreno V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4): 603-7.
15. Waidman MAP, Elsen I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. Cienc Cuid Saúde. 2006; 5:Suppl: 107-12.
16. Bastos NMG. Introdução à metodologia do trabalho acadêmico. 5. ed. Fortaleza: Nacional, 2008.
17. Polit FD, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
18. Leite FT. Metodologia científica: iniciação à pesquisa científica, métodos e técnicas de pesquisa, metodologia da pesquisa e do trabalho científico (monografias, dissertações, teses e livros). Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2004.
19. Duarte J, Barros A. (Org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
20. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
21. Brasil. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n.201, p.21082, 16 out.1996. Seção 1.
22. Rodrigues VB. Satisfação com o suporte social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais: Porto, 2008.
23. Silva JP et al. Correlações entre apoio familiar e saúde mental em professores, [s.d.]. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 27 nov. 2011]. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/385.%20correla%C7%D5es%20entre%20apoio%20familiar%20e%20sa%DAde%20mental%20em%20professores.pdf.
24. Pereira MA O. et al. Saúde mental no programa saúde da família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):567-72.
25. Spadini SL, Mello e Souza MCB. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1): 123-127.
26. Santos TC. A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental, [s.d.]. [acesso em: 27 nov. 2011]. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2195/2343>.
27. Pieve LA. A importância da família no tratamento do portador de transtorno mental. Revista Eficaz. Revista científica online zISSN 2178-0552. [acesso em: 27 nov. 2011]. Disponível em: <http://www.institutoeficaz.com.br/revistacientifica/wp-content/uploads/2011/02/luciana-azevedo-2.pdf>.

28. Pereira MAO, Júnior PA. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(4): 92-100.
29. Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Suppl1): 1615-20.
30. Mâcedo VCD, Monteiro ARM. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto & Contexto Enferm*. 2004; 13(4): 585-92.
31. Silva MCF, Furegato ARF, Junior CML. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da Rede Básica de Saúde. *Rev Latino-am Enf*. 2003; v.11, n.1, p.7-13, jan-fev.

Endereço para correspondência:

Giliana Martins da Costa
Rua Nelson Machado, 813 - Parquelândia
CEP 60.455-580 - Fortaleza - CE
E-mail: giliana.martins@yahoo.com.br