



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

CLARA DA CUNHA DUARTE

**CAJAZEIRAS-PB
2010**

CLARA DA CUNHA DUARTE

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira

Co-orientador:

Prof. Esp. Victor Hugo Farias da Silva

CAJAZEIRAS - PB

2010



Dados Internacionais de Catalogação -na- Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras – Paraíba

D182c DUARTE, Clara da Cunha
 Percepções de usuários de familiares em saúde
 menta/Clara Cunha Duarte.
 Cajazeiras, 2010.
 40f.

Orientadora: Francisca Bezerra de Oliveira.
Co-Orientador: Victor Hugo Farias da Silva.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Saúde Mental 2. Doença Mental. 3. Família.
I. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU-616.89

CLARA DA CUNHA DUARTE

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOAL SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Profª. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira
(Orientadora)**

**Prof. Esp. Victor Hugo Farias da Silva
(Co-orientador)**

**Prof. Dra. Íris Helena Guedes de Vasconcelos
(Membro examinadora)**

CAJAZEIRAS - PB
2010

“Devemos lutar pela igualdade sempre que a diferença nos inferioriza, mas, devemos lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

(Boaventura de Sousa Santos)

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE**
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida; por me proporcionar provações, ter me dado suporte para que eu me reerguesse e prosseguisse mais fortalecida que antes;

A minha mãe Kátia Regina V. C. Lopes pelo amor incondicional; pelo exemplo de vida e de mulher; pela amizade mais verdadeira que possa existir; pelo esforço sub-humano para a concretização de uma vitória e acima de tudo por ter me feito quem sou hoje. Obrigada “mainha”;

Ao meu paiadrasto Antônio Arnaud Lopes por acreditar em mim; patrocinar todos os meus sonhos; me adotar como filha me educando, me respeitando e me amando acima de tudo. Te amo Arnaud;

Ao meu pai Múcio Duarte que me deu a oportunidade de vir ao mundo e por me amar acima de todas as coisas;

Aos meus irmãos Biel, Bia, Isis e Manú pelo apoio, pelo carinho, pela amizade e por esperarem por todos os presentes;

Ao meu namorado Cícero Gustavo pelo amor, carinho, respeito, compreensão, apoio... e por ter sido a pessoa mais certa, no lugar mais exato e no momento mais perfeito;

Às minhas amigas Naná e Nayane por terem se tornado família nesses últimos cinco anos; por estarem ao meu lado nos bons e maus momentos; pelos jantares e jogos de baralho e pelo amor verdadeiro a mim atribuído;

À todas as companheiras de apartamento Naná, Isis, Vídia, Vani, Mari e Lari pela amizade, companheirismo, pelos momentos de descontração e principalmente por agüentar todos os meus abusos;

À minha orientadora Francisca Bezerra de Oliveira e co-orientador Victor Hugo Farias pelo apoio, pelo auxílio, pela disponibilidade... e até pelos puxões de orelha! Obrigada pela oportunidade de enriquecer meus conhecimentos;

Não caberia nessas poucas linhas, mas agradeço a todos aqueles que passaram pelo meu caminho deixando sua marca de alguma forma. Enfim, obrigada a todos!

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1- Sexo | 24 |
| Gráfico 2- Estado civil | 24 |
| Gráfico 3- Grau de escolaridade..... | 24 |
| Gráfico 4- Nível de emprego..... | 25 |
| Gráfico 5- Procedência..... | 25 |
| Gráfico 6- Renda familiar..... | 26 |

RESUMO

DUARTE, C. C. **Percepções de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental.** 40f Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2010.

Fundamentado em reflexões acerca do movimento da Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental, este estudo teve como objetivos investigar as percepções de familiares de usuários com transtorno mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do “Alto Sertão Paraibano”, sobre o cuidado em saúde mental; caracterizar o perfil socioeconômico desses familiares e identificar suas práticas de cuidado em saúde mental. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 20 familiares, com idade entre 22 a 63 anos, sendo 17 do sexo feminino. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo do tipo temática, consoante à proposta de Bardin. A partir da análise, surgiram dois temas: 1) Cuidar como amor e renúncia e 2) Cuidar como processo de medicalização. A prática do cuidar proporcionada pelos familiares está permeada de sentimentos e ações como amor, carinho, atenção, renúncia, paciência, equilíbrio, caridade, dedicação e responsabilidade. Destacam-se também como práticas objetivas a administração de medicação e o acompanhamento às consultas. Foi observado que, apesar de as atuais políticas públicas em saúde mental delinearem o cuidado à pessoa com sofrimento mental, no contexto sócio-familiar, provocando uma sobrecarga de trabalho aos familiares cuidadores, estes não foram devidamente cuidados pela equipe de profissionais do CAPS. O cuidado necessita transcender os limites da esfera institucional para abranger a realidade concreta desses familiares.

Palavras –chave: Saúde Mental. Doença Mental. Família.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 11 |
| 2.1 Reforma Psiquiátrica..... | 11 |
| 2.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)..... | 13 |
| 2.3 A Família e o Cuidado em Saúde Mental..... | 18 |
| 3 MATERIAIS E MÉTODOS..... | 19 |
| 3.1 Tipo da Pesquisa..... | 19 |
| 3.2 Local da Pesquisa..... | 20 |
| 3.3 População e Amostra..... | 20 |
| 3.4 Instrumento de Coleta de Dados..... | 20 |
| 3.5 Análise de Dados..... | 21 |
| 3.6 Observâncias Éticas..... | 21 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 22 |
| 4.1 Perfil dos familiares..... | 22 |
| 4.2 Cuidar como amor e renúncia..... | 25 |
| 4.3 Cuidar como processo de medicalização..... | 28 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 31 |
| REFERÊNCIAS..... | 33 |
| APÊNDICES..... | 37 |
| APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | |
| APÊNDICE E - Instrumento de Coleta de Dados | |
| APÊNDICE C – Certificado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM) do pré-projeto – protocolo n. 521052010. | |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a atual política de saúde mental ancorada na Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001 propõe a mudança do paradigma “hospitalocêntrico”, centrado no isolamento do paciente para um novo paradigma, fundamentado em novas modalidades de atenção em saúde mental de base comunitária e territorial como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, dentre outras. Além disso, representa novas formas de lidar e compreender a pessoa com transtorno mental, tendo a família não só como ator importante no processo de cuidado do paciente, mas também como pessoas que também necessitam de receber cuidados específicos.

A família é ponto factual no processo não somente de remissão da crise, como também um *locus* de cuidado, território vivencial, promotor de saúde mental, de vivências que vão além das relações sócio-afetivas dos usuários no contexto social. A família é um território que promove subjetivação por meio de relações sociais, culturais, formas de pensar, de agir e de cuidar do usuário, favorecendo dinâmicas que podem sinalizar fragmentos de sua história única de saber a “loucura”.

Aproximar-se de familiares de usuários com transtorno mental significa tomar contato com um universo multifacetado de sentimentos de dor e sofrimento. Eles se sentem, em muitas circunstâncias, paralisados, isolados, carentes de informação, admitem não suportar e entender o que se passa com um de seus membros e muitos se vêem obrigados a direcionar grande parte de seu tempo para o cuidado cotidiano do familiar com sofrimento mental (MELMAN, 2001).

A família é importante no processo de ressocialização do usuário: o saber, a prática, o envolvimento, a participação, as diversidades de cuidado, as dinâmicas, as percepções e as perspectivas diante do transtorno mental são vivências extremamente importantes para os familiares. Nesse sentido, os membros da família se tornam pessoas diretamente envolvidas com o devir e bem-estar psicossocial do usuário com transtorno mental. Os familiares, como grupo, “[...] são responsáveis pela sobrevivência cotidiana, reunindo recursos para a satisfação das necessidades de todas as ordens [...]” dos usuários (ROMAGNOLI, 2006, p.12). A família é também responsável por subsidiar acolhida e cuidados com a saúde básica do usuário, bem como de promover bem-estar social e vivencial no contexto familiar.

O ambiente, aqui entendido como do lar, no paradigma da desinstitucionalização, deixa de ser lugar de alienação, da loucura, e se torna referência de cuidados aos usuários com

transtornos mentais. “[...] esse lugar de alienação impede novas experiências de si, dificulta a ocupação de um outro lugar pela família, o lugar de um grupo ativo no processo de construção da vida, tanto de seus membros quanto do próprio usuário que demanda atenção [...]” (ROMAGNOLI, 2006, p. 13).

Desmistificar a loucura é algo que mobiliza e muito o lar. Sair da condição passiva, do não-saber e do não-entender o que se passa com um de seus membros mobiliza os membros na sua vaidade: nos seus projetos futuros e desejos acerca do usuário com transtorno mental. A reorganização familiar e incorporação da “novidade” trazem consigo uma dinâmica funcional do grupo até então não vivida, não experimentada.

Ressignificar a loucura permite vislumbrar um novo entendimento e compreensão daquilo que se faz diferente.

O cuidado em todos os sentidos alcançados por seu conceito é de **extrema importância** à inserção do usuário no mundo, nas vivências, nos significados trazidos por seus envolvimento sociais. O Cuidar permite um entrelace – antes social – e ainda existencial entre pessoas. A partir dele ou da sua concepção entendemos possibilidades e impossibilidades de familiares de usuários de lidar com o transtorno mental.

O lugar do “cuidar” marca a mudança familiar de paradigmas: da negligência para atenção; do descaso ao apoio; da prisão à liberdade; da determinação psicopatológica à conjuntura de fatores psicossociais; da não-expressão à liberdade e autonomia do usuário em sofrimento psicossocial. Cuidar requer da família entrelaces sociais nunca vivenciados, mas que implicam diretamente no processo de inserção dos usuários primeiramente no lar, como também no convívio social, relacional.

O tema cuidar tem sido objeto de reflexão por parte de pensadores como Boff (1999) e de pesquisadores de enfermagem como Silva (1998), Figueiredo; Carvalho (1998), Waldow (1998). Tem sido também objeto de preocupação da minha trajetória acadêmica como aluna do curso de graduação em Enfermagem, especialmente, no âmbito da saúde mental. Desde o momento que cursei as disciplinas Enfermagem em Saúde Mental, Psicologia Aplicada à Saúde e Enfermagem Psiquiátrica, os conteúdos abordados pelos docentes despertaram em mim o interesse em compreender o cotidiano do usuário com transtorno mental, surgiram alguns questionamentos sobre as percepções e as práticas dos familiares de usuários com transtorno mental acerca do cuidar em saúde mental, bem como os cuidados proporcionados pelo familiar cuidador quando o usuário está em crise. Tais questionamentos serão colocados ao longo dessa proposta de trabalho, no sentido de construir meu objeto de estudo.

As reflexões feitas até aqui levam a considerar a necessidade de contribuir para a discussão sobre o processo do cuidar, desenvolvido, pelos familiares de usuários com transtorno mental. Para isso, e na tentativa de captar as principais dimensões da realidade investigada, este estudo tem como **objetivos:**

Geral:

- Investigar as percepções de familiares de usuários com transtorno mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do “Alto Sertão Paraibano”, sobre o cuidado em saúde mental.

Específicos:

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos cuidadores de usuários com transtorno mental do CAPS;
- Identificar as práticas de cuidados proporcionadas pelos familiares aos usuários com transtorno mental em tratamento no CAPS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Reforma Psiquiátrica

No final dos anos 70, paralelamente à luta pela redemocratização da sociedade brasileira, intensificaram-se no país as críticas à assistência psiquiátrica centrada no paradigma manicomial. Influenciado pelo movimento sanitário e por movimentos psiquiátricos ocorridos nos países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos como (Comunidades Terapêuticas, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Institucional, Anti-Psiquiatria, Psiquiatria Preventivista e Desinstitucionalização), profissionais, estudantes, intelectuais, artistas articularam debates acerca do significado do processo saúde-doença mental, das condições de trabalho e da qualidade da assistência prestada a população (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com esses autores, nesse contexto, surge, em 1978, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental que passou a ser o ator privilegiado na formulação das críticas ao modelo manicomial e no processo de construção da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é compreendida como um processo político e social complexo, composto por movimentos e atores sociais diversificados (Movimento de Luta Antimanicomial surgido originalmente como Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, Associação de Usuários, Familiares e Amigos do CAPS, partidos políticos, igrejas, organizações não-governamentais, indústria farmacêutica, usuários, familiares, profissionais de saúde, intelectuais, estudantes, entre outros) incidindo nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades e no imaginário social. A reforma é compreendida como um novo paradigma em saúde mental, ou seja, como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação ao sofrimento psicossocial. É também marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. É a partir da reforma que o usuário passa a ser visto como um ator social importante, com pleno direito à cidadania, à autonomia, ao acolhimento e a uma assistência de qualidade, (BRASIL, 2005; SILVA; OLIVEIRA, 2008).

O conceito básico da Reforma Psiquiátrica é o de desinstitucionalização desenvolvido por Franco Basaglia. A palavra chave do processo de desinstitucionalização é a noção de desconstrução não só do manicômio como também dos saberes e práticas em saúde mental. Refere-se a um processo de invenção de novas possibilidades de atenção ancorado não mais ao objeto fictício, a doença, mas a “existência-sofrimento do paciente e sua relação ao corpo social” No dizer de Rotelli, passa-se da “instituição negada” a “instituição inventada”

(ROTELLI, 1990, p. 91). Na “instituição inventada” o olhar deixar de ser exclusivamente racional, clínico, técnico; em vez da patologia, dos sintomas, do quadro clínico, o “olhar” está direcionado à pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. Então, é o doente, é pessoa, o objetivo do trabalho terapêutico, e não a doença.

Dessa forma, a desinstitucionalização ao fundamentar-se na idéia de desconstrução e invenção de novos saberes, de novas modalidades de atenção em saúde mental, não significa a reforma ou a humanização dos hospícios como querem alguns autores, mas a sua superação. Significa a criação de novos espaços e possibilidades de cuidado, de outras formas de sociabilidade, de agenciamento de experiências subjetivas, ou seja, a criação de um circuito de atenção em saúde mental (AMARANTE, 2007; OLIVEIRA, 2002).

Em consonância com as idéias desses autores, Boarini (2000) assinala que a desinstitucionalização é um processo capaz de produzir com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no pleno respeito aos diferentes, entre outros princípios. Portanto, seguindo os passos da Reforma Psiquiátrica, buscar a desinstitucionalização do portador de transtorno mental é propor a construção de um processo complexo, que intencione tratar da desconstrução/reconstrução de conceitos fundamentais da psiquiatria, e criar possibilidades materiais para que os sujeitos possam enfrentar os desafios na superação da exclusão.

Nesse sentido, a desinstitucionalização vai de encontro a toda política de sucateamento dos serviços públicos, de desassistência, de abandono. Exige a criação de modalidades de atenção em saúde mental diversificadas. A desinstitucionalização assim pensada resgata a complexidade do fenômeno da loucura como aspecto biológico, social, cultural, político, histórico, lingüístico, quer dizer, como expressão complexa da existência humana (OLIVEIRA, FORTUNATO, 2007).

Outro conceito importante no processo da Reforma Psiquiátrica é a reabilitação psicossocial, definida como atitude estratégica, cujo princípio fundamental é a construção da cidadania plena das pessoas em sofrimento psicossocial. De acordo com Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) todo trabalho sobre os aspectos de incapacidade do paciente constitui reabilitação.

No contexto da reforma psiquiátrica, a reabilitação atravessa, pois, todos os momentos do percurso terapêutico do paciente, incluindo desde psicoterapias individuais/grupais: medicação, aprendizagens de novas formas de convivência, até o (re)aprender a “cuidar de si”. É um processo complexo que aumenta a capacidade do sujeito de estabelecer trocas sociais e efetivas em diversos cenários: na rede social, no trabalho e

em casa. É um percurso que possibilita ao paciente resgatar sua autonomia, através do aumento do poder de contratualidade psicológica e social (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007, p.159).

Ainda de acordo com essas autoras, para possibilitar a reabilitação é fundamental oferecer cotidianamente um tratamento de qualidade cujo objetivo primordial seja a criação de espaços que possibilitem a construção de vínculos, de escuta, de acolhimento tanto para o usuário como para os seus familiares, que alimentem e estimulem “o desejo de todos de buscarem menos sofrimento para si e para o outro, impedindo-os de separar espaços de cidadania na vida cotidiana” (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2007, p. 158).

A reabilitação pressupõe a articulação de diferentes estratégias, saberes, “olhares”, exigindo um conhecimento interdisciplinar, com múltiplas problemáticas. Isso significa estabelecer um consenso mínimo entre a equipe terapêutica.

O consenso mínimo entre os profissionais que atuam nesse campo do saber pode ser estabelecido em função da noção de sujeito, compreendido numa perspectiva multidimensional como ser plural, biológico, lingüístico, histórico, cultural e social. O sujeito é ao mesmo tempo *sapiens* e *demens*, ativo e passivo, dependente e autônomo; é um ser ambíguo e incerto, que ama e odeia. O sujeito é criação permanente, é um ser de necessidades, de desejos e de crenças, que se caracteriza por meio da linguagem na relação que estabelece com o outro. O ser humano é condição de mutabilidade permanente (OLIVEIRA; FORTUNATO; FARIAS, 2005, p.7).

A construção de novos serviços de atenção compatíveis com essa noção de sujeito, é permeada, sobretudo, por um compromisso ético de pessoas, instituições que entendem que, a despeito da doença e outras limitações apresentadas pelas pessoas em sofrimento psicossocial, todos têm direito à saúde, a uma vida digna.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, desde 1987, denominado de Movimento Antimanicomial tem possibilitado o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir do repensar as formas de compreender e lidar com o sofrimento psicossocial, bem como com a criação de diversos serviço substitutivos em saúde mental, dentre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que serão, a seguir, objeto de discussão.

2.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O termo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo Pitta (1994), é uma denominação oriunda da Manágua revolucionária de 1986, onde, a despeito das dificuldades materiais decorrentes do processo revolucionário cuidava-se com responsabilidade de pessoas com problemas psiquiátricos severos. Nessa empreitada, participavam líderes comunitários,

profissionais de diversas áreas de conhecimento, possibilitando experiências criativas de reabilitação de pessoas excluídas do tecido social, por apresentar transtorno psiquiátrico.

O primeiro CAPS criado no Brasil foi o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo. Este serviço passou a ser um centro irradiador da experiência para outras regiões do país, com a proposta de atendimento a pacientes com transtornos mentais, em especial, psicóticos e neuróticos graves. Funciona em um casarão, de segunda à sexta-feira, com profissionais com formações diversificadas, possibilitando um trabalho conjunto e a dissolução dos papéis rígidos de cada profissional e, conseqüentemente, uma visão mais abrangente do paciente, objetivando a sua re (inserção) social e profissional (OLIVEIRA, 2002).

O projeto de Saúde Mental da cidade de Santos constituiu-se em outra referência fundamental no processo da reforma psiquiátrica e na expansão de serviços substitutivos no Brasil. Tal processo foi iniciado pela Prefeitura de Santos, que em maio de 1989, interveio na Casa de Saúde Anchieta, único hospital psiquiátrico privado da região, denominado como “Casa dos Horrores”, devido ao “tratamento” desumano dispensado aos pacientes: celas fortes, enfermarias lotadas e trancadas, mortes e maus tratos. Neste percurso, ocorreu a desmontagem do manicômio e a constituição de uma rede de serviços de acolhimento e assistência - os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Os NAPS, em número de cinco, foram concebidos como espaços abertos, distribuídos em diversas regiões do município; funcionam 24 horas por dia, dando cobertura total à população da cidade, através de ações diversificadas como hospitalidade diurna ou noturna, atendimento às situações de crise, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais, etc. (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Kinoshita (1996, P. 49), o projeto de saúde mental de Santos “representa um marco fundamental da luta travada nacionalmente pelos usuários, familiares e profissionais contra os manicômios e pelo reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental”.

Os CAPS configuram-se como serviços de saúde abertos, de base comunitária e territorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse equipamento de saúde é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, promotor de saúde e de vida. As equipes são constituídas por profissionais de diversas áreas de formação: psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, pedagogos, técnicos em enfermagem, artesãos, músicos etc. (OLIVEIRA, 2002; ONOCKO-CAMPOS, 2006).

Assim, Os CAPS devem desenvolver, a partir de abordagens diversificadas, múltiplas atividades: medicamentosa, acompanhamento psicológico, grupos terapêuticos individuais/grupais para usuários e familiares, oficinas terapêuticas e de geração de renda e trabalho, físicas, recreativas, visitas domiciliares, grupos de estudos, reuniões técnicas e supervisão clínico-institucional etc, objetivando a construção da cidadania e a inclusão social do usuário em saúde mental (AMARANTE, 2007; OLIVEIRA; DUARTE E SILVA; COSTA E SILVA, 2009).

Atualmente, no Brasil, existem 1.326 CAPS cadastrados e em funcionamento no SUS, desde o Sertão da Paraíba até o Rio Grande do Sul. No Estado da Paraíba existem 49 e em Cajazeiras três CAPS. A Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, sendo considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2009; OLIVEIRA; DUARTE E SILVA; COSTA E SILVA, 2009).

Os CAPS, assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. A partir dessa Portaria os CAPS foram assim classificados: CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSad (destinado a atenção a usuários de álcool e outras drogas) e CAPSi (para o atendimento de crianças e adolescentes). Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

As práticas nos serviços substitutivos em saúde mental devem se constituir em atividades humanas criadoras, afetivas e interdisciplinares, ou seja, atividades que estão sempre em processo de desconstrução/construção de conceitos sobre o universo da loucura, como também maneiras de lidar com o sofrimento psíquico [...]. (OLIVEIRA; DUARTE E SILVA; COSTA E SILVA, 2009).

2.3 A família e o cuidado em saúde mental

Historicamente, a assistência à saúde mental foi marcada pelo paradigma do saber médico, com o “olhar” voltado para a doença e a individualização do cuidado. As mudanças no modelo assistencial em saúde, no Brasil, se concretizam por meio da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1991 e em 1994, respectivamente. No campo da Saúde Mental mais especificamente, a proposta se efetiva por intermédio do processo de Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, a partir da implantação dos serviços substitutivos. Esses equipamentos se pautam em intervenções que devem se inserir no ambiente dos sujeitos, tendo como foco principal a comunidade e o contexto familiar (SEVERO, et al, 2007).

Assim, a reforma defende uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental e cuidado. Fortalece a substituição da concepção de doença pela de “existência-sofrimento” do sujeito, na valorização do cuidar, na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania e percebe a família como parceira no processo do cuidar. A família passou a ser o *locus* privilegiado de atenção das políticas em saúde, sendo co-responsável pelo cuidado do paciente.

Para Ângelo e Beusso (2005) a família ao ser reconhecida responsável pela saúde de seus membros deve ser considerada pelos profissionais em suas necessidades, crenças e ações. Nesse sentido, a atenção à família como unidade de cuidado implica conhecer as singularidades, as subjetividades, ou seja, como cada grupo familiar funciona.

Autores como Koga e Furegato (2002) e Cury (2005) têm chamado à atenção acerca da sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar, nos momentos de crise do paciente, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e até de rejeição, motivadoras de reinternações psiquiátricas. Defendem que a família necessita de acompanhamento, de ajuda de profissionais da saúde mental. No entanto, o que se observa é que a equipe de profissionais exige que a família aceite a pessoa com problema mental, cuide dela sem oferecer-lhe suporte e orientações.

Para Melman (2001)

O adoecimento de um membro na família representa, em geral, um forte abalo. Para a maioria das pessoas a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano. Muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir. Encarando as dificuldades, tentando explicar o aparecimento da doença,

essas pessoas mergulham na turbulência de suas dúvidas e conflitos (MELMAN, 2001, P. 20).

Em pesquisa realizada em um Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM, na cidade de Teresópolis-MG, Romagnoli (2006) afirma que:

“[...] tanto as famílias mais numerosas quanto as famílias menores, todas sofrem grandes alterações quando eclode a doença mental em um de seus membros [...] todas as famílias possuem dificuldade em entender o que de fato ocorre com o usuário [...] e que não saber lidar com essa nova demanda implica na realidade social e vivencial do mesmo; [...] distanciam os doentes de suas famílias das práticas de si [...] de cuidado, de afeto e de trocas possíveis. (ROMAGNOLI, 2006, p.9).

Este autor afirma que a reinserção social do usuário com transtorno mental dá-se prioritariamente nos espaços familiares, em lares carentes e sem preparo para prover o cuidado de cada membro.

Neste contexto, é fundamental a realização de pesquisas que identifiquem a compreensão das famílias a respeito da doença mental e das possíveis formas de cuidado proporcionadas ao membro familiar em sofrimento mental.

No tocante ao tema cuidar tem sido objeto de reflexões de estudiosos como Boff (1999). Para este autor, tem-se observado o descuido para com a natureza, o ser humano: as crianças, os velhos, os marginalizados, a coisa pública, a dimensão espiritual, enfim, o planeta Terra.

Para este autor cuidar é mais do que uma ação; é uma atitude. Desse modo, exige mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação de responsabilidade e desenvolvimento cotidiano afetivo com o outro. Corroborando com este pensador pode-se afirmar que:

O Cuidar é um processo dinâmico, interativo, solidário e criativo. É proporcionar atenção, é ter responsabilidade, é ter ética, é ver o próximo como *outro de nós*; é resgatar o ser humano na sua inteireza: corpo, consciência e espiritualidade (MELO; OLIVEIRA; FORTUNATO, 2002) (Grifos do autor).

Segundo Jorge, (2008) o termo cuidado, enquanto prática fundamental na área da saúde, especialmente, na enfermagem, tem assumido significados diversos com o passar do tempo. Na Antiguidade o vocábulo tinha sentido de amor e amizade. Atualmente, a palavra cuidado se relaciona, principalmente, à idéia de dar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Seja qual for o significado, o cuidado faz parte do ser

humano, e tudo o que tem vida solicita cuidado. Na realidade, o cuidado é o sustentáculo da criatividade, da liberdade e da inteligência humana. É de tal modo importante para a humanidade, que é preciso cada pessoa desenvolver a afetividade para com os outros, percebendo suas necessidades, suas subjetividades para que a consecução de um mundo melhor e mais justo seja possível.

Acredita-se, assim, que o cuidado efetivo com a pessoa com transtorno mental começa na família, a partir do cuidador. Faz-se necessário então que exista um trabalho com todos os membros da família, principalmente com aquele que está diretamente ligado ao usuário para que o resultado do tratamento e cuidado sejam satisfatórios. Este cuidador possui dúvidas, medos que precisam ser explorados e trabalhados para que as ações em saúde mental possam ser efetivadas na prática.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

A posição adotada neste estudo é de que a realidade é socialmente construída e o conhecimento nunca esgota o pensado, uma vez que a realidade é mais rica do que qualquer pensamento que possamos ter sobre ela. Segundo Oliveira (2002), adotar essa postura implica conceber a ciência como parte integrante e dependente de um contexto político, econômico, cultural e social, no seio da qual a mesma se desenvolve. Isso significa que a concepção de mundo do pesquisador está implicada em todo o processo de construção da pesquisa, desde o recorte do objeto empírico, passando pelas questões norteadoras, até o resultado do trabalho.

3.1 Tipo de pesquisa

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se a opção por um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Esse método possibilita uma aproximação entre sujeito e objeto pesquisado, uma vez que ambos são diversos e da mesma natureza. A pesquisa qualitativa não é colocada aqui em oposição à abordagem quantitativa, pois estes termos são complementares e interdependentes. Quantidade e qualidade são propriedades inerentes ao contexto social.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer a relação entre variáveis através de instrumentos para coleta de dados como observação sistemática e/ou questionários (FIGUEIREDO, 2007).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, levando a um aprofundamento dos fenômenos no contexto social (MINAYO, 2003).

Como fica a questão do rigor científico em uma pesquisa tida como uma abordagem qualitativa? Conforme Spink (1995) e Morin (1996), o rigor científico numa “ciência pós-moderna” situa-se na possibilidade, por parte do pesquisador, de explicitar as estratégias de coleta e análise dos dados, bem como no horizonte ético de respeito à visão do sujeito.

3.2 Local da pesquisa

O cenário do estudo foi o Centro de Apoio Psicossocial, localizado em um município do “Alto Sertão da Paraíba”. Este município possui área territorial de 526,28 km², e segundo o censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2008, esta cidade tinha estimativa populacional de 57. 627 habitantes (IBGE, 2008).

A opção por este cenário de pesquisa decorreu do fato do CAPS ser um serviço estratégico de cuidado e acolhimento a usuários com transtornos e possivelmente proporcionar acompanhamento terapêutico aos familiares desses usuários.

3.3 População e amostra

A população foi constituída por familiares de usuários em tratamento no CAPS. A amostra foi composta por 20 familiares. Os critérios para seleção de amostra foram os seguintes: ter idade acima de 18 anos, ter disponibilidade para participar da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e acompanhar o usuário em tratamento ambulatorial no CAPS.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada aplicada a familiares de usuários em tratamento no CAPS apêndice B contendo questões objetivas referentes a dados pessoais no qual foi dado ênfase: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, profissão/ocupação, renda familiar, dentre outros. Além disso, o roteiro continha questões subjetivas: Fale sobre o cuidar em saúde mental. Quais as estratégias de cuidado proporcionadas por você ao membro familiar com transtorno mental em tratamento no CAPS?

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Perfil dos familiares de usuários do CAPS

Inicialmente os resultados apresentados relacionaram-se com a caracterização do perfil de 20 familiares considerados cuidadores de usuários em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial do “Alto Sertão Paraibano”. Para a apresentação dos resultados consideraram-se as variáveis de identificação dos familiares como: sexo, idade, estado civil, grau de instrução, profissão/ocupação, renda familiar, dentre outros.

A idade dos entrevistados variou entre 23 e 63 anos, com predominância entre 30 e 40 anos.

No tocante ao sexo, o cuidador, na maioria dos casos, é identificado como sendo do sexo feminino (85%), mais especificamente a mãe do usuário com transtorno mental.

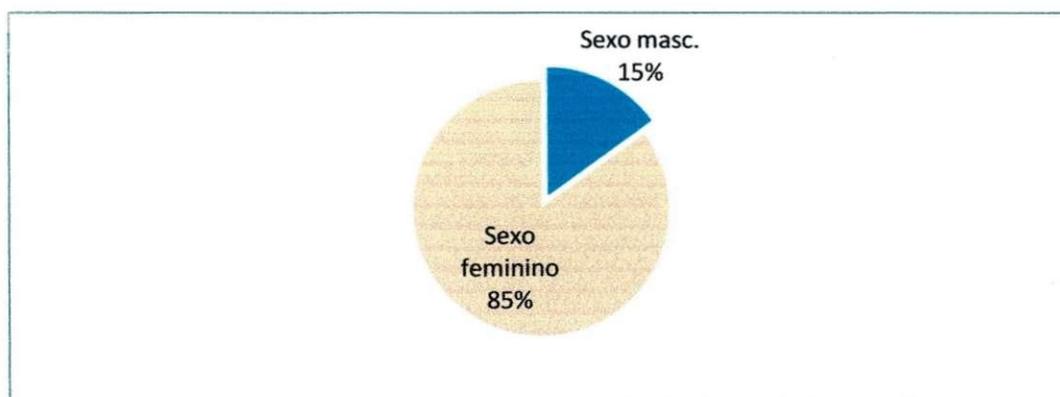


Gráfico I: Sexo

Este Gráfico configura algo concreto em que as questões de gênero estão implicadas nas relações de cuidado cotidianas. Estudos realizados por Rosa (2002) e Severo (2007) identificam também que a mulher-mãe aparece como principal cuidadora nos casos de transtorno psiquiátrico. O cuidado aparece como ação associada ao sexo feminino no âmbito privado.

Segundo Boff (2000), cuidar é o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado, desenvolvidos, assim, por seres mais solidários, sensíveis e emotivos, como é o caso das mulheres.

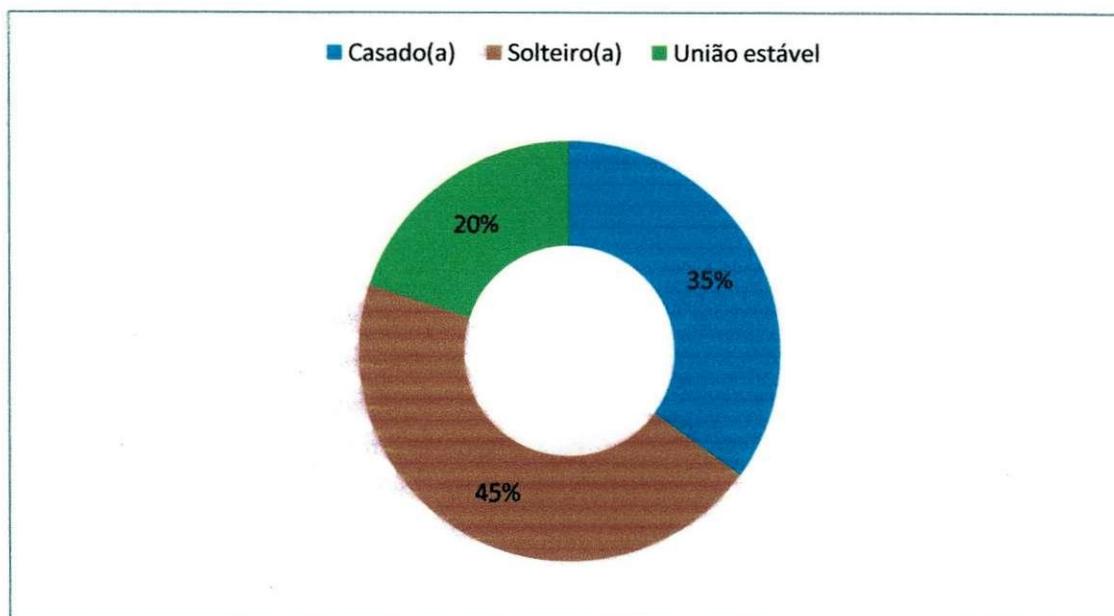


Gráfico II: Estado civil

Estes dados demonstram que quase metade dos entrevistados (45%) era composta por pessoas solteiras, 35% se casaram e 7% vivem uma união estável, possivelmente, comprovando o que muitos disseram na entrevista, quando a pergunta se tratava de cuidado em saúde mental: “*deixar de viver para você e viver a vida do outro*” (E8). Isso talvez se configure como renúncia de sua própria vida.

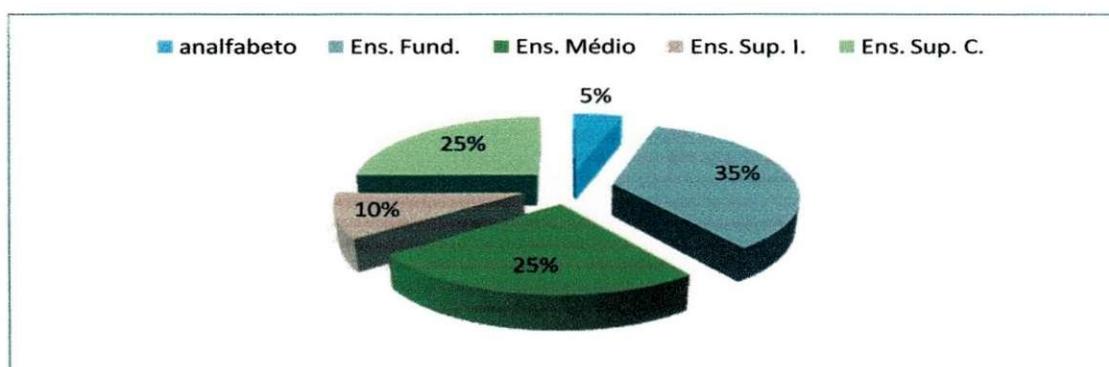


Gráfico III: Grau de instrução

Com base no Gráfico III constatou-se que o grupo apresentou nível de escolaridade variado, com maior predominância até o ensino fundamental (35%) e ensino superior completo/incompleto (35%); seguidos de familiares com ensino médio completo/incompleto (25%); e familiares não alfabetizados (5%).

No Brasil, apesar de ter ocorrido, na última década, um avanço em termos de escolaridade do brasileiro, os níveis continuam baixos se compararmos com países desenvolvidos e/ou em desenvolvimento. Vale destacar que atualmente existem 16 milhões de

brasileiros não alfabetizados, segundo pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP (BRASIL, 2007).

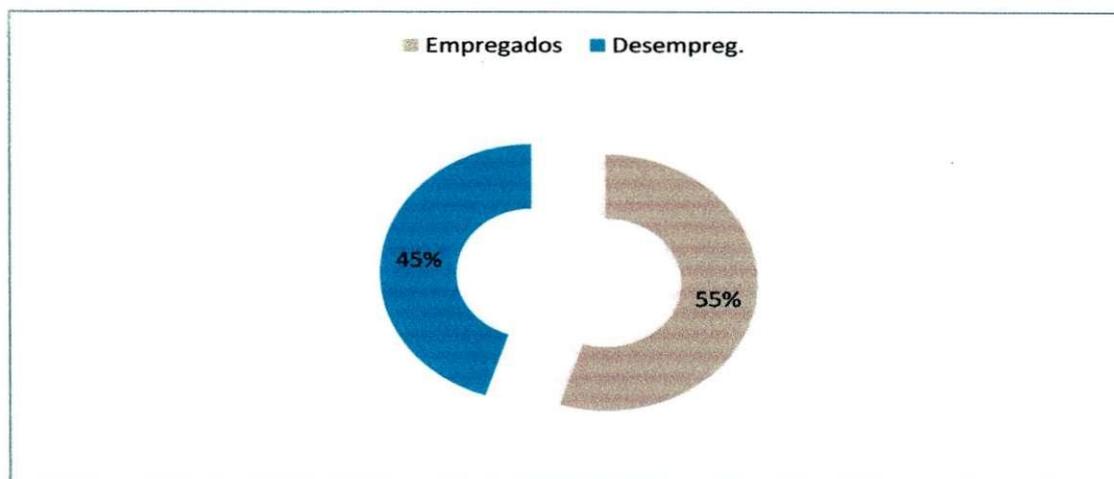


Gráfico IV: Emprego

Em relação ao emprego, neste gráfico, observa-se que 55% dos participantes do estudo se encontram desempregados, e 45% apresentam algum vínculo empregatício, mesmo sendo vínculos precários, como trabalho terceirizado.

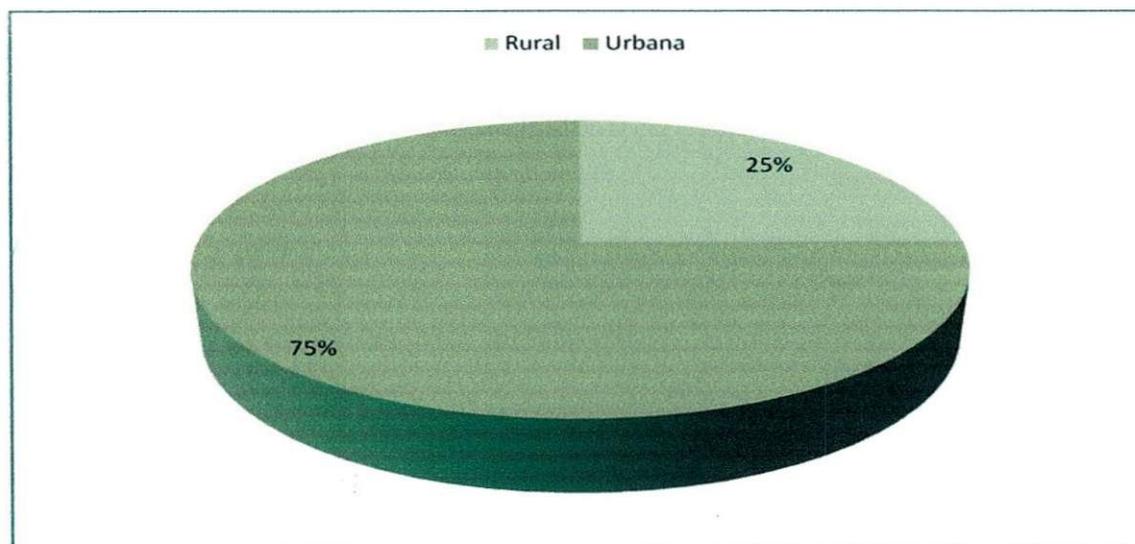


Gráfico V: Procedência

Dos 20 familiares pesquisados 75% eram procedentes da zona urbana (cidade sede do CAPS) e 25% da zona rural. Estes dados demonstram que ainda existe dificuldade de acessibilidade da população rural ao CAPS. Isso possivelmente acontece devido a dificuldades de acesso ao transporte: oriundas de questões econômicas, pela falta de transporte coletivo ou porque o CAPS não disponibiliza tal transporte.

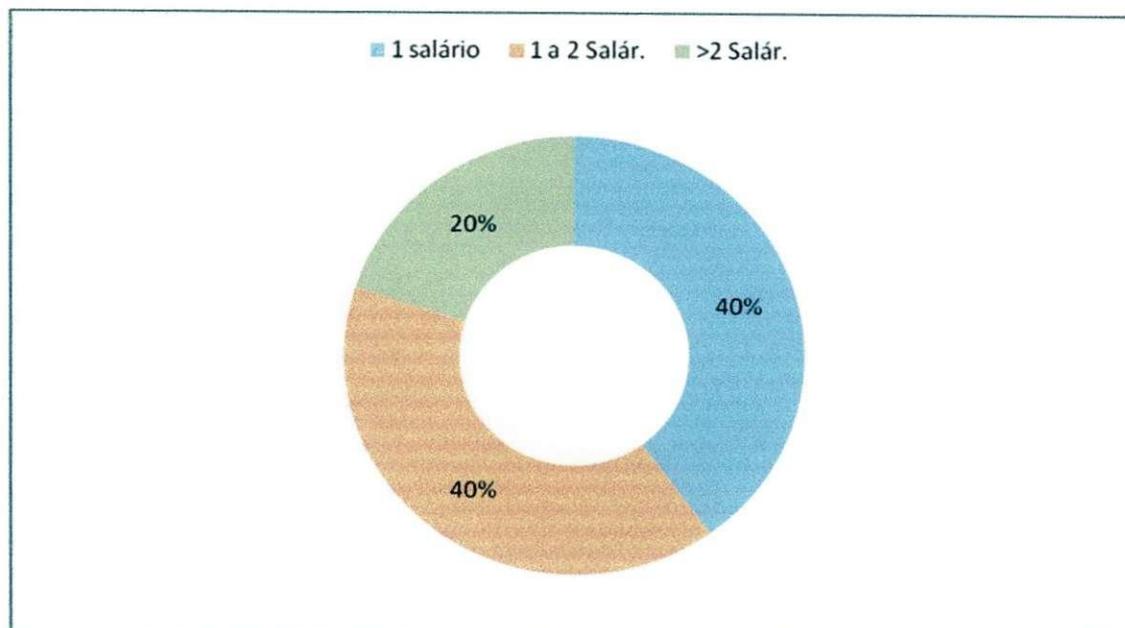


Gráfico VI: Renda familiar

A renda familiar dos entrevistados está constituída: 80% dos familiares com renda mensal de um até dois salários mínimos (SM) e 20% com renda superior a dois SM.

Apesar do poder aquisitivo do brasileiro ter aumentado nos últimos anos, em decorrência da política de emprego e renda implementada pelo atual governo federal, os dados desta pesquisa demonstram que as famílias entrevistadas são compostas por vários membros que possuem, ainda, baixos índices de rendimento econômico, expressando um contexto de dificuldades socioeconômicas vivenciadas por essa população.

A partir das questões subjetivas que nortearam as entrevistas deste estudo, e na busca de investigar as ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelos familiares dos pacientes do CAPS, foi possível apreender dois temas que serão objeto de discussão a seguir: *Cuidar como amor e renúncia* e *Cuidar como processo de medicalização*.

4.2 Cuidar como amor e renúncia

De acordo com BOFF (2004, p. 190) “o cuidar vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas”. Cuidar não significa apenas atender às demandas de ordem fisiológicas do ser humano como alimentação e higienização, por exemplo. O cuidar vai mais além do que as objetividades técnicas evidenciadas. O cuidar é escutar, é acolher, é dedicar-se a aliviar as angústias e medos do outro, é ajudá-lo a enfrentar as dificuldades do cotidiano. Cuidar e amar andam juntos lado a lado, cuidar sem amor não existe e amor sem cuidado não é amor.

3.5 Análise dos dados

Os dados referentes às questões objetivas foram analisados no programa *Microsoft Excel*, versão *Windows Vista Basic*, através do índice de frequência e percentual, com apresentação por meio de gráficos.

Os dados subjetivos foram analisados pelo método de análise de conteúdo, em sua modalidade de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergiram do conteúdo das falas dos entrevistados justificou-se por sua pertinência à análise do material produzido, por meio de entrevistas semi-estruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p. 153). Esta técnica de análise possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos entrevistados.

O primeiro passo para a organização do material foi à realização de leituras flutuantes dos textos oriundos das entrevistadas que tornaram possível conhecer as experiências de familiares de usuários com transtorno mental acerca dos cuidados em saúde mental.

A partir disso, novas leituras foram realizadas, a fim de estabelecer interconexão entre o referencial teórico e os dados empíricos da pesquisa, possibilitando emergir dois temas: 1) Cuidar como amor e renúncia e 2) Cuidar como processo de medicalização.

3.6 Observâncias éticas

Os pesquisadores seguirão fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que foi elaborado em linguagem clara, trazendo uma breve descrição da pesquisa e os demais esclarecimentos necessários, referentes a: participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da mesma.

Vale ressaltar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria de Cajazeiras – PB, sob Protocolo n 521052010.

Nessa perspectiva, segundo Miranda (2002):

É o cuidado que garante a dignidade e a com-paixão necessárias face às carências do ser humano. E isto, sabemos que não é pouco, mas também, sabemos que não é suficiente para os desafios permanentes que a doença mental vem nos apresentando”(MIRANDA, 2002, p.222).

Em algumas entrevistas relacionadas ao cuidado em saúde mental verificou-se que as palavras *amor, paciência e renúncia* estavam presentes nas narrativas dos sujeitos, destacadas a seguir:

“cuidado em saúde mental significa principalmente amor e paciência” (E12).

“Tudo que puder ser feito é caridade, amor demais, carinho, compaixão com o próximo”(E13)

O cuidado em saúde mental com amor, mas sem paciência, significa descuido. Essa dinâmica, por vezes, vulnerabiliza os familiares no tocante a atenção, ao vínculo, as interações sociais e afetivas com os pacientes, e isso pode ser observado nos seguintes relatos:

“Você quase endoida junto. Lá em casa São logo as duas, mas ‘pra’ mim é só Deus e muita paciência” (E2).

“Cuidar é ter bastante paciência, calma, equilíbrio” (E5).

“Deixar de viver para você e viver a vida do outro” (E8).

“Renúncia... abrir mão de muitas coisas, ‘né’? mas o mais importante, amor” (E9).

As formas de cuidar anteriormente citadas são objetivadas pelas práticas e percepções dos familiares e estão atravessadas por questões socioeconomicoculturais, impossibilitando, em algumas circunstâncias, estes cuidadores levar em consideração as necessidades e as subjetividades dos pacientes com transtorno mental.

De acordo com Severo (2007), as principais dificuldades associadas ao cuidado estão relacionadas com preocupações, incômodos, impaciência ou sentimentos de medo dos familiares diante do comportamento de crise do paciente. A sobrecarga sobre esse familiar cuidador repercute diretamente nas relações que ele estabelece com o usuário, provocando sentimentos de renúncia e impotência frente à problemática vivenciada.

Entendemos que o cuidado familiar em relação ao portador de transtorno mental passa pela experimentação cotidiana, não se definindo como *um a priori*. Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica brasileira privilegia a cidadania, a reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos, e que tais dispositivos só se tornam viáveis na realidade concreta dos sujeitos, a participação da família é primordial nesse processo (SEVERO 2007. p.148)

Boff (2000) afirma que se demanda tempo para dedicar-nos às pessoas, uma vez que sentimos responsabilidade pelo cuidado que existe entre nós e os outros. O cuidado é como o amor, é muito difícil vê-lo, tocá-lo ou até mesmo conceituá-lo, mas ele sempre existe. Para Vítor Fragoso (2006) a arte de cuidar é a atividade humana por excelência, pois surge no seio da relação dialógica inter-humana, faz do homem aquilo que ele é. O ciclo do cuidado percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro.

Por fim, como forma de explicitar as percepções dos familiares sobre o processo de cuidar, destaca-se a seguir um quadro que sintetiza as categorias presentes nas falas dos participantes da pesquisa.

| PERCEPÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES | | | | |
|---|----------------|--------------|------------|-------------|
| Paciência | Atenção | Bem-estar | Equilíbrio | Limpeza |
| Caridade | Acompanhamento | Conforto | Renúncia | Alimentação |
| Amor | Apoio | Saúde Mental | Auxílio | Medicação |
| Carinho | Dedicação | Conversa | Calma | Obrigação |

Observa-se a seguir, um quadro explicitando esses sentimentos e ações evidenciadas em alguns relatos de familiares, quando os mesmos foram questionados sobre suas percepções de cuidado em saúde mental:

| RELATOS DE ALGUNS FAMILIARES |
|--|
| <i>"Tudo o que puder ser feito. É caridade, amor demais, carinho, compaixão com o próximo."</i> (E1) |
| <i>"Você quase endoida junto. Lá em casa são logo as duas. Mas para mim, é só Deus e muita paciência."</i> (E2) |
| <i>"Todo o amor, principalmente o amor. Mas também conforto para ele. Proporcionar o melhor."</i> (E4) |
| <i>"Bastante paciência, calma, equilíbrio... Bastante amor também."</i> (E5) |
| <i>"Muito amor, dedicação total, carinho, paciência..."</i> (E7) |
| <i>"Renúncia... Abrir mão de muitas coisas, 'né'? Mas o mais importante, amor."</i> (E9) |
| <i>"Proporcionar o máximo de bem-estar que a pessoa pode ter, priorizando as necessidades."</i> (E10) |
| <i>"Obrigação do governo, que deixa a desejar. Funciona como 'faz-de-conta'."</i> (E11) |
| <i>"Renúncia, principalmente amor, paciência..."</i> (E12) |
| <i>"Eu acho que é muito importante. Em primeiro lugar a saúde da mente. Sem a mente a pessoa praticamente não existe."</i> (E13) |
| <i>"Deve dar muita atenção, apoio, carinho..."</i> (E14) |
| <i>"Acompanhar, conversar... investigar, para a partir daí encontrar uma solução."</i> (E17) |
| <i>"Alimentação, limpeza, medicação. É muito importante auxiliar e cuidar bem."</i> (E19) |

4. 3 Cuidar como processo de medicalização

Neste estudo, as percepções dos familiares sobre o papel do cuidado na promoção do bem-estar dos usuários estão vinculadas de forma predominante a dois aspectos: compreensão/suporte emocional (amor, atenção, carinho, compaixão, paciência, dedicação, renúncia etc) e medicação/renovação de receita.

Assim, importa destacar que das 20 entrevistas realizadas 17 participantes relataram que vão ao CAPS apenas para acompanhar os pacientes nas consultas. Somente três familiares afirmaram que além de acompanharem os usuários nas consultas médicas participam também de reuniões mensais realizadas com os familiares no CAPS. A medicação está associada à

idéia de ser o instrumento mais valioso no controle das crises psiquiátricas e do comportamento do paciente. É o que se pode observar nos seguintes depoimentos:

“Compareço aos atendimentos, administro medicação...”
(E 12)

“Compareço para pegar medicação, trago para consultas e acompanho a medicação em casa...” (E 11)

“Venho para as consultas no CAPS, compro os remédios e dou os remédios para ele.” (E 16)

Sabe-se que a medicação é um coadjuvante poderoso no processo de reabilitação do usuário, principalmente, nos momentos de crise, mas é fundamental que a terapia medicamentosa esteja associada a outros instrumentos de atenção em saúde mental, como: grupos de apoio à família, terapias grupais/ individuais, terapia ocupacional, visitas domiciliares, oficinas de geração de renda e trabalho, lazer, atividades lúdicas etc.

O que se constata é que o CAPS, cenário deste estudo, coloca a família como um ator importante no processo do cuidar, como postula os princípios da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da assistência, contudo, o acolhimento, a escuta, o apoio emocional, as trocas de experiências e dificuldades vivenciadas pelos familiares não estão ocorrendo como uma prática efetiva nesse serviço substitutivo.

O trabalho com as famílias deve valorizar a dimensão dos encontros e dos afetos como recursos potenciais para a invenção de novos modos de relacionar-se com a loucura. O trabalho com as famílias deve intervir no território existencial endurecido, rompendo com as marcas de humilhação e da culpa (ROMAGNOLI apud SEVERO, 2009, 78).

Para Melman (2001) trata-se de proporcionar aos familiares à possibilidade de participar do tecido social, resignificando suas vivências, seus valores e representações. Nesse contexto,

O cuidado em relação aos familiares pode ajudá-los a sair da rigidez que o congelamento da identidade familiar produz, para que possam explorar formas inusitadas de estar no mundo. Em outras palavras, é possível e necessário inventar um lugar para a pessoa do familiar (MELMAN, 2001, P. 146).

O que deve estar em pauta nos serviços de atenção em saúde mental é a necessidade de uma clínica ampliada que se proponha a acompanhar o movimento do usuário e do familiar favorecendo modos de existência mais criativos, livres e autônomos.

Nesse sentido, Saraceno apud Oliveira (2002) afirma que um serviço em saúde mental que se propõe a produzir subjetividades, vida e, portanto, ser um verdadeiro laboratório de produção de saúde deve contemplar as características a seguir: ser um lugar de escuta, de acolhimento, de trocas sociais e de relações; acompanhar as trajetórias do paciente e do familiar; estar integrados a projetos da sociedade; ser um espaço em constante mudança, um espaço de reinvenção social em que as pessoas consigam viver com menos sofrimento e mais autonomia; e proporcionar aos profissionais papéis terapêuticos compartilhados.

A loucura com sua complexa teia de multideterminação, e como evento biológico, social, cultural e político, coloca para os profissionais, usuários e familiares a necessidade da construção de um projeto terapêutico que possibilite encontros, tece nexos com a história e encontre alternativas as necessidades das pessoas em sofrimento psicossocial.

Pode-se sugerir que no mundo contemporâneo a que chamam de “pós-moderno”, caracterizado por espécie de fragmentação da vida e da existência, as práticas em saúde e especialmente, em saúde mental devem ser:

[...] solidárias afetivas e criativas, com [...] leveza das idéias e argumentos flexíveis, que se fazem valer pela sedução e não pela imposição[...] Devemos doravante, aprender a ser, a partilhar, comunicar a ver que o outro, o louco, é outro de nós (OLIVEIRA, 2002. P. 200).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço substitutivo inserido numa nova forma de pensar os saberes e as práticas em saúde mental, entendido como uma instituição que repensa e refaz as tecnologias de atenção e atendimento aos sofrimentos psíquicos dos usuários e dos seus familiares. Além de propor um novo paradigma de atenção e cuidado, constitui-se como uma modalidade de saúde mental de base territorial, de referências e contra-referências institucionais, dinamizado por uma rede psicossocioassistencial, como: CAPS, residências terapêuticas, leitos de atenção integral em saúde mental em hospitais gerais, centros de referência de assistência social (CRAS), conselhos tutelares, Estratégia de Saúde da Família (ESF), a própria comunidade e especialmente a família.

A família faz parte das dinâmicas territoriais do CAPS, e é entendida neste trabalho como uma instituição inserida em “[...] um conjunto de laços de obrigações morais e recíprocas cuja amplitude e funcionalidade confundem-se com as das redes de suporte” (DESLANDES, 2006, p.173).

A família é de extrema importância no processo de construção de acolhimento, cuidado e tratamento do usuário com transtorno mental. Conhecer as percepções que os familiares têm acerca do cuidado, bem como a dinâmica que envolve essa prática nos leva a pensar que além do manejo técnico dos profissionais às demandas em saúde mental, deve-se considerar - em nossas atuações - toda a culturalidade, costumes, crenças, conceitos e vivências de cuidado dos familiares com seus membros usuários.

A partir desta pesquisa, constatou-se que a prática do cuidar proporcionada pelos familiares está permeada de sentimentos e ações como amor, carinho, atenção, renúncia, paciência, equilíbrio, caridade, dedicação e responsabilidade. Destacam-se também como práticas objetivas a administração de medicação e o acompanhamento às consultas.

Apesar das atuais políticas públicas em saúde mental delinearem o cuidado à pessoa com sofrimento mental, no contexto sócio-familiar, provocando uma sobrecarga de trabalho aos familiares cuidadores, estes não foram devidamente cuidados pela equipe de profissionais do CAPS.

Sugere-se uma prática institucional dinâmica, capaz de abranger o usuário no seu contexto psicossociopoliticoterritorial, com ênfase no entorno familiar e suas percepções acerca do cuidado. É fundamental a mudança de lugar e função - do *modos vivendis* - da

família no contexto institucional do CAPS, Propiciando as reinvenções e reelaborações familiares acerca da percepção do cuidar no sentido de favorecer aos “membros-usuários” novos caminhos, possibilidades criativas de liberdade e autonomia.

REFERÊNCIAS

- ÂNGELO, M.; BEUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: ÁRIES, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1975-1981.
- AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do Humano – compaixão pela terra**. 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- BOURGET, M. M. M. (Org.). **Programa de saúde da família: manual para curso introdutório**. São Paulo: Martinari, 2005.
- BRASIL, E. G. M.; JORGE, M. S. B.; COSTA, E. C. **Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em Saúde Mental**. Fortaleza: UECE. 2008.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL (2004). **Ministério da Saúde**. Nota Técnica nº 01/04 de 21 de janeiro de 2004. Disponível em: <[HTTP://www.inverso.org.br](http://www.inverso.org.br)>. Acesso em: 04 de abril de 2010.
- BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF; conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em revista, Belo Horizonte**, v.11, n. 12. 2005.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CURY, F. C. M. R. **Família do doente mental: significados atribuídos pela equipe do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto (SP), 2005. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

DESLANDES S. F. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006 (coleção criança, mulher e saúde).

FIGUEIREDO, N. M. de A.; CARVALHO, V. de. Na teia do cuidar os delicados “nós” do cuidado à enfermagem diurna e a enfermagem noturna. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 5, 1998, Salvador. **Anais**. Salvador: ABEn, Seção Bahia, 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2008**, Tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/estimativa2008/POP2008_DOU.pdf> . Acesso em: 12 de abril de 2010.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1. sem. 2002

LEÃO, F.; SEVERO, A. K; DIMENSTAIN, M. O impacto de serviços substitutivos de saúde mental na vida cotidiana de usuários e familiares. In: **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal: EDUFRN, 2009.

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

MELO, M. C. F. de; OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. O processo do cuidar na concepção de técnicos de enfermagem. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.3, n.2. jul./dez. 2002.

MIRANDA, C. M. L.; Posfácio: vamos devagar, eu tenho pressa. In: OLIVEIRA, F. B. de. **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2002.

MORIN, E. **Ciência com Consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

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

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L; FARIAS, M. do C. A. de. Concepção de sujeito em saúde mental. **Psychiatry on Line Brazil**. (10) set. 2005.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Vivência**, EDUFRN, nº 32, 2007.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, K. M. D.; SILVA J. C. C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), 2009 dez.

ORTIZ, M. A. & TOSTES, V. M. C. S. Uma experiência com grupo de familiares no hospital-dia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, (1992) 41(6).

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000500018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 de abril de 2010.

PELISOLI, C. da L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082005000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 de março de 2010.

ROMAGNOLI, R. C. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XVII, n. 180. 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARECENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SEVERO, A. K. de S. S. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 2, 2007.

SILVA, A. L. da. Cuidado como momento de encontro e troca. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 5, 1998, Salvador. **Anais**. Salvador: ABEn, Seção Bahia. 1998.

SILVA, J. C. C. e. OLIVEIRA, F. B. de. Doença mental e (re) inserção social: uma relação possível e necessária. **Revista Pesquisa**, Campina Grande, v.2, n.2, 2008.

SPINK, M. J. P. **A incredulidade frente às metanarrativas**. Polissemia e intersubjetividade no debate epistemológico contemporâneo, 1995. Xerocado.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada **“PERCEPÇÕES DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL”** está sendo desenvolvido por Clara da Cunha Duarte, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira e co-orientação do Professor Espc. Victor Hugo Farias da Silva. Tendo como objetivos: Investigar as percepções dos familiares de usuários com transtorno mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do “Alto Sertão Paraibano”, sobre o cuidado em saúde mental; caracterizar o perfil dos cuidadores de usuários com transtorno mental do CAPS; Discutir práticas de cuidados proporcionadas pelos familiares aos usuários com transtorno mental em tratamento no CAPS.

A realização deste trabalho se deve à importância de compreender o que o cuidador entende pelo cuidado em saúde mental, para que o tratamento que ele proporcionará ao portador de doença mental seja de maior qualidade, afim de que este cuidado atinja os resultados desejados.

Para realização dessa pesquisa solicito sua colaboração para participar de uma entrevista com o pesquisador e de sua permissão para aplicar um questionário. Deixando claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, não sendo obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Peço-lhe sua permissão para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. Este trabalho não apresenta nenhum risco direto para o participante. No qual o pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa do processo de pesquisa e ao final do estudo trará ao seu conhecimento os resultados da pesquisa.

Enaltecendo as considerações e as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, execução e de disseminação do processo de pesquisa.

Caso deseje o senhor (a) poderá procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000,

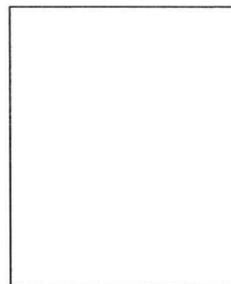
Cajazeiras - PB, ou junto aos pesquisadores responsáveis, a professora Dra. Francisca Bezerra de Oliveira, telefone: (83) 99854405 e o professor Esp. Victor Hugo Farias da Silva, telefone: (83) 99277193 ou ainda junto à pesquisadora participante Clara da Cunha Duarte, telefone: (83) 88884264.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável: _____

Assinatura: _____



Assinatura do pesquisador responsável
Prof. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira

Assinatura do pesquisador responsável
Prof. Esp. Victor Hugo Farias Silva

Assinatura do pesquisador participante

Clara da Cunha Duarte

APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA**QUESTIONÁRIO APLICADO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPS****I. DADOS PESSOAIS**

1.1 Idade:

1.2 Sexo: M () F ()

1.3 Estado civil: Casado () Solteiro () União estável ()

1.4 Grau de instrução: _____

1.5 Profissão/Ocupação: _____

1.6 Procedência: Zona rural () Zona urbana ()

1.7. Renda mensal: _____

1.8 Você participa de algum grupo de apoio familiar no CAPS ou em outra instituição?

Sim () Não ()

1.9 Participa de outras atividades no CAPS. Quais são essas atividades? _____

II. QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 Fale sobre o “cuidado em saúde mental”

2.2 Quais as formas de cuidado que você desenvolve junto ao membro de sua família em tratamento no CAPS?



FACULDADE SANTA MARIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
BR 230, KM 504, Cristo Rei, CEP 58900-000
Cajazeiras – PB

CERTIDÃO

certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Concepções de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado em Saúde Mental**, protocolo 521052010 do pesquisador Victor Hugo Farias da Silva, foi aprovado, em reunião realizada no dia 10/06/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 10 de junho de 2010.



Joselito Santos

Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA