

A PERSPECTIVA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA REALIDADE ACERCA DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ICÓ-CE

Glauco José Rocha Diniz¹

RESUMO

Esta pesquisa é de cunho descritivo-exploratório, pautado na perspectiva do cuidar com um olhar da saúde mental. O estudo objetivou investigar as concepções do responsável acerca do seu papel como cuidador, e qual o seu comprometimento no processo do cuidar do outro. Os sujeitos desta pesquisa foram seis cuidadores, de ambos os sexos, com faixa etária de 40 anos, responsáveis por pacientes psiquiátricos, acompanhados pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, do município de ICÓ-CE. O instrumento utilizado foi a técnica de grupo focal, trata-se de uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Os encontros do grupo focal, eram gravados, e seu conteúdo transcrito para posterior análise de dados. Os resultados obtidos, demonstram que apesar das campanhas e da disseminação dos programas de saúde efetivados pelo Governo e outras instâncias sociais, há um total “desconhecimento”, acerca dos transtornos mentais. Constatou-se que o não esclarecimento das patologias psíquicas contribui diretamente para o não reconhecimento do papel do sujeito enquanto cuidador. A doença mental ainda não é vista como um adoecer do sujeito na sua totalidade, a noção de cuidar enquanto “estar presente”, “vinculado ao outro”, ainda não teve o amadurecimento preciso. Compreende-se que os vínculos segregados entre paciente e família, são primordiais para o tratamento, assim como uma efetiva e prolongada inserção deste, a espaços de convivência familiar e social.

PALAVRAS-CHAVE

Cuidado. Saúde Mental. Cuidador.

ABSTRACT

This research is descriptive-exploratory, based on the perspective of caring with a look of mental health. The study aimed to investigate the conceptions of the responsible about their role as caregiver, and what their commitment in the process of caring for the other. The subjects of this research were six caregivers, of both sexes, with 40 years of age, responsible for psychiatric patients, accompanied by the Psychosocial Attention Center - CAPS II, in the municipality of ICÓ-CE. The instrument used was the focus group technique, it is a research technique that collects data through group interactions when discussing a special topic suggested by the researcher. As a technique, it occupies an intermediate position between participant observation and in-depth interviews. Focal group encounters were recorded, and their content transcribed for later data analysis. The results show that despite the campaigns and the dissemination of health programs carried out by the Government and other social bodies, there is a total "lack of knowledge" about mental disorders. It was found that the non-clarification of the psychic pathologies contributes directly to the non-recognition of the role of the subject as caregiver. Mental illness is still not seen as a sickness of the subject in its entirety, the notion of caring while "being present," "tied to the other," has not yet matured. It is understood that the segregated bonds between patient and family, are primordial for the treatment, as well as an effective and prolonged insertion of this, to spaces of familiar and social coexistence.

KEYWORDS

Care. Mental health. Caregiver.

INTRODUÇÃO

A humanidade, desde os primórdios, tem dificuldade em lidar com as diferenças e com as dissonâncias do senso e convivência comum. Na psiquiatria, o tratamento da loucura por vezes foi

baseado na intolerância frente aos comportamentos dos doentes mentais tendo no cárcere dos indivíduos uma opção para afugentar o diferente e *proteger* a sociedade(1).

Nas últimas décadas, os hospitais psiquiátricos deixaram de constituir a base do sistema assistencial, cedendo terreno a uma rede de serviços extra-hospitalares de crescente complexidade, visando à desconstrução do modelo até então vigente. A internação psiquiátrica tornou-se mais criteriosa, com períodos mais curtos de hospitalização, favorecendo a consolidação de um modelo de atenção à saúde mental mais integrado, dinâmico, aberto e de base comunitária. Neste contexto, o paciente, sua família e os profissionais dos serviços comunitários passam a ser, cada vez mais, os principais provedores de cuidados em saúde mental. Exigindo articulação entre diversos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de atenção).

Nesse sentido, a busca pela adequação da assistência ao cuidado em saúde mental tem suscitado inúmeros questionamentos acerca da proposta de desinstitucionalização, uma vez que esta proposta ainda não foi devidamente consolidada pelo modelo de atenção proposto, gerando grande demanda aos insuficientes serviços substitutivos de assistência caracteristicamente comunitária, abordagens assistenciais equivocadas até a desassistência em alguns casos. No Brasil, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, centram-se na qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar. Ou seja, o cuidado tem sido almejado, através da capacitação de todos os sujeitos envolvidos nesse processo (pacientes, familiares, profissionais e sociedade), a melhor compreender a doença mental, quebrando as barreiras ao cuidado digno destas pessoas adoecidas, qualificação da assistência à saúde mental, restaurando de acordo com os recursos disponíveis o potencial destes para vida *autônoma* em sociedade. O que destaca o papel fundamental do cuidador, que se caracteriza pela pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem

A institucionalização remete paciente e família à ameaça básica da integridade narcísica, atinge a fantasia de imortalidade e o controle do próprio corpo e destino. Este vivencia a ansiedade da separação das pessoas de seu convívio, de seu estilo de vida e privacidade, podendo gerar fantasia em torno das intervenções que são praticadas no corpo. Mediante o quadro de institucionalização fica complicado compreender como o paciente se adapta a dinâmica do local de atendimento. Este se apresenta com um clima quase permanente de muita tensão e de solicitação das equipes que acompanham os pacientes (ROMANO, 1999).

Segundo Frankl (1987), adoecer “aproxima” o sujeito da morte, o adoecer não é esperado, não

é desejado, esse processo se transfere para a questão de sua vivência, valores, culpa, projetos, sonhos, medo, desencadeando sofrimento psíquico.

São os fatores psicológicos que permeiam a experiência individual de cada sujeito, provocando, o adoecimento e a institucionalização, que representam rupturas no cotidiano do próprio indivíduo e de sua família. Em geral, o paciente se afasta de seus familiares e amigos, não realizando muitas de suas atividades cotidianas; os familiares, por sua vez, não sabem os limites entre o real e o imaginário e as fantasias que estão em cena.

Sabendo que a doença psicopatológica pode aparecer como um dos múltiplos modos de ser que o homem considera precisamente pelo que ela é, e estando ele sujeito a somatizar de várias formas as manifestações de algo psíquico, ver-se a necessidade de todo um trabalho de acolhimento da equipe multiprofissional.

Este trabalho visa à necessidade de fornecer recursos para que o indivíduo agora destituído de seu papel cotidiano, passando a condição de enfermo, possa suportar todo o processo do adoecer, sendo acompanhado pelos novos mecanismos de acolhimento no âmbito da saúde mental (HELMAN, 1994).

As condições humanizadas de acompanhamento de pacientes psiquiátricos passam a ter uma maior atenção e notoriedade social com a criação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Estes são unidades de saúde locais responsáveis por atender a uma população adstrita (definida pelo nível local), oferecendo atendimentos de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, com carga horária de um ou dois turnos de quatro horas, composto por equipe multiprofissional, podendo assim atuar como porta de entrada da rede de serviços para ações relativas à Saúde Mental (DURMAM, et al.2005).

Muito se fala de “redução”, “custo-benefício”, “programas”, e etc.; e pouco se fala do *sujeito* enquanto paciente psiquiátrico. Essa visão voltada aos mecanismos de atenção da rede de saúde mental faz parte da lógica histórica do processo de desinstitucionalização. No entanto, a relevância do sujeito desinstitucionalizado, dos mecanismos do cuidar e dos seus vínculos sociais e familiares ficam em segundo plano. Diante de uma visão voltada para os mecanismos de atenção a desinstitucionalização, faz-se necessário dar voz aqueles responsáveis pelo acompanhamento do “sujeito” acometido, pensarmos em até onde o mesmo consegue ter compreensão da sua realidade e tomar decisões que o beneficiem por conta própria.

Pautados na perspectiva do cuidar com um olhar da saúde mental de Leininger (1981), que fala das “tentativas de criação e implementação de programas que visem à redução de internações no âmbito psiquiátrico”, acredita-se que os vínculos segregados com o tempo entre paciente e família, são primordiais para o tratamento, assim como uma efetiva e prolongada inserção deste a espaços de convivência familiar e social. Em vista da relevância desta temática, o estudo por responder a seguinte

pergunta condutora: Desta forma, o estudo se prontifica a discutir pontuações como: quais seriam as concepções do responsável cuidador acerca do seu papel desempenhado? Qual o comprometimento deste no processo de reabilitação do outro?

Entende-se que a desinstitucionalização da assistência em saúde mental conclama uma parceria direta entre profissionais de saúde, familiares e pacientes para a manutenção do tratamento em serviços comunitários. Esta pesquisa revelou que todos os cuidadores da mostra eram familiares das pessoas com transtornos mentais, o que fortalece a percepção destes como fundamentais no exercício deste cuidado. Os serviços de saúde mental precisam oferecer uma assistência à saúde que contemple cuidados para identificar e aliviar a sobrecarga dos cuidadores além de promover treinamento de habilidades que estimulem a autonomia e reabilitação psicossocial dos doentes mentais. A efetividade do cuidado prestado pelos cuidadores, nesse caso familiares, não foi objetivo desta pesquisa. Para tanto, conhecer quem são os cuidadores dos pacientes egressos de internação psiquiátrica, hoje, possibilita identificar características que podem fomentar a determinação do melhor tratamento e suporte profissional ao cuidado dessa clientela

REFERENCIAL TEÓRICO

A assistência psiquiátrica foi marcada pela exclusão da família no acompanhamento do seu familiar durante sua internação psiquiátrica. Uma das causas prováveis para as complicações no adoecer mental, seria a negligência dos familiares com as questões morais e educação falha (BRASIL, 2002). Devido a isso, o tratamento proposto foi o isolamento social, vigilância e distribuição do tempo em instituições psiquiátricas que buscavam, através de uma rotina rígida, com normas inflexíveis, proporcionar uma reeducação ao alienado mental. Cabia, pois, à instituição hospitalar, garantir um ambiente que se balizasse pela disciplina.

A implementação efetiva da reforma psiquiátrica, ou seja, as ações dessa política traduzem-se em práticas específicas que recolocam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2002). A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais na comunidade, são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Um novo modelo assistencial vem a reconfigurar o objeto de intervenção e não mais a doença e sim o sujeito-social com transtorno mental e, conseqüentemente, a sua finalidade e não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas.

Nessa perspectiva pode-se pensar no fortalecimento de vínculos entre família e paciente, sobre a ótica do cuidar, culminando em uma importante discussão acerca dos referenciais de cuidado adotados nos modelos de atenção em saúde coletiva e de saúde mental, a partir da Reforma Sanitária

e Psiquiátrica no Brasil. A criação de uma nova ética do cuidado: o acolhimento, a responsabilidade e o vínculo, ressaltam, portanto, aspectos relativos a uma práxis que se orienta numa perspectiva de humanização cada vez maior dos serviços de saúde, chamando a atenção dos profissionais dessa área para que pautem suas ações nas necessidades e nos problemas da comunidade de referência e não em soluções, tecnicistas, medicalistas e institucionalizadas (BARROS, 2000).

Compreende-se, que cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Além disso, o arcabouço conceitual da reabilitação psicossocial é um instrumental que pode possibilitar a construção desse novo olhar. Nesta perspectiva, cuidar é considerar a importância da construção de projetos de vida, significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica (AMARANTE, 2003).

As dimensões históricas do cuidar, deixadas à parte pelo modelo clínico, revelam a multiplicidade e a multidimensionalidade do cuidar, que ficou à margem com o nascimento da clínica e sua ascensão na modernidade. A história dos cuidados desenha-se em volta dos dois eixos evidenciados entre os conhecimentos, gerando duas orientações dos cuidados, das quais uma vai garantir e assegurar a manutenção e a continuidade da vida e, a outra, vai fazer recuar a morte (FOUCAULT, 1994).

Com o nascimento da clínica, torna-se possível operar uma separação entre as duas orientações, no âmbito dos cuidados. Os cuidados de manutenção da vida passam a ser negados e excluídos do discurso biomédico moderno e os cuidados para evitar a morte, cuidados curativos, nascidos de descobertas empíricas, são reconhecidos como os únicos científicos, surgindo uma distinção entre cuidar e tratar. O cuidado clínico, um cuidado de pequena escala, assenta-se no *fato fundador* que a saúde é obtida com base no modelo clínico biomédico que separa o cuidador daquele que é cuidado: o tratar da doença é o *super-facto*. A instituição de um corpo de conhecimentos científicos produzidos no desenvolvimento da ciência médica inaugurou o campo do tratamento.

Não é por acaso que a tecnologia de cuidados inaugurada por Pinel é chamada de tratamento moral. Isso quer dizer que a partir daí produzem-se formas de tratar baseados numa dada concepção de adoecimento, neste sentido, pode-se dizer que no campo médico-psiquiátrico fala-se de tratamento e não de cuidado (FOUCAULT, 1994).

O paradigma racionalista e a ideologia médica (mas não somente ela), que reconhece de forma absolutizada a saúde como único valor positivo, assume para si a experiência da doença, neutralizando-a e negando-a, a fim de reduzi-la a puro objeto de sua competência. Paradoxalmente, destrói o paciente no momento em que tenta protegê-lo, afastando-o do seu encontro com a própria doença (com o próprio corpo, com a própria história, com o modo subjetivo de viver um e outra) que deve ser vista com passividade e dependência.

Aceitar esta visão de mundo seria negar a doença como o objeto exclusivo de

intervenção e colocar neste lugar a vida da pessoa. Eliminada a doença como o foco da intervenção, as possibilidades de ação devem, necessariamente, ser ampliadas. Além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas (FOUCAULT, 1994, p.64).

Dessa forma cuidar é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro, É, portanto, assumir um ato como seu (SARTI, 2004).

MÉTODO

O estudo é do tipo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2000), no que se refere à pesquisa qualitativa, esta pode ser caracterizada como aquela que permite apreender e compreender a realidade vivenciada, as crenças e valores de cada pessoa, revelando o que está oculto em suas vivências.

O estudo foi realizado no CAPS II do município de Icó-CE. A instituição atende a toda demanda do município, comarcas agregadas ao serviço da rede de saúde mental. O CAPS II é composto por uma equipe multiprofissional, de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeuta ocupacional, assistente social, e auxiliares de serviços administrativos e gerais. O ambiente institucional comporta os parâmetros exigidos pelo Serviço Único de Saúde (SUS), respeitando a dignidade do acolhimento e acompanhamento dos seus usuários.

A população foi composta apenas pelos responsáveis dos pacientes-dia do CAPS II do Município de Icó-CE.

Para a coleta de dados utilizamos a técnica de grupos focais. Morgan (1997) os define como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade.

O grupo focal é uma importante técnica para coleta de dados qualitativos, que acontecem por meio das interações grupais, ao se discutir um tópico específico sugerido pelo pesquisador (GONDIM, 2002).

Para o desenvolvimento das atividades, trabalhamos com a modalidade de grupos exploratórios, que estão centrados na produção de conteúdo; a sua orientação teórica está voltada para a geração de hipóteses, o desenvolvimento de modelos e teorias, enquanto que a prática tem como alvo a produção de novas ideias, a identificação das necessidades e expectativas e a descoberta de outros usos para um produto específico (FERN, 2001).

Foram realizados cinco encontros com os participantes do Grupo Focal, sendo estes cuidadores de pacientes internados no CAPS II no município de Icó-Ceará, sendo predominantemente por livre escolha de participação, todos do sexo feminino. Cada encontro teve um objetivo e uma metodologia específica, pautados nas perguntas estímulos como: “Qual a importância do cuidar do outro?”, “O que você entende por adoecimento psicológico?”, “Quais as maiores dificuldades enfrentadas no processo do cuidar do paciente mental?”, etc.... Cada encontro teve duração de 1 hora, sendo marcado o horário conforme a disponibilidade dos participantes. Houve o cuidado de respeitar o início e o término do horário previsto, seguindo a orientação dos autores (Dall’Agnol & Trench, 1999), sendo este cuidado estendido a todas as colaboradoras através do contrato grupal de trabalho.

O tamanho do grupo é um outro aspecto a se destacar. Apesar de se convencionar que este número varia de quatro a dez pessoas, dependendo do nível de envolvimento com o assunto de cada participante; se este desperta o interesse de um grupo em particular, as pessoas terão mais o que falar. Desta forma, nesse estudo, o grupo foi composto por 6 participantes, para não diminuir as chances de todos participarem; com mais de 10 elementos, sendo o tema polêmico, fica difícil o controle do processo pelo moderador, havendo uma tendência a polarizar e entrar em conflito (FERN, 2001).

Com a autorização para a realização desse estudo, o pesquisador apresentou um ofício à Coordenadora da referida unidade, solicitando autorização. A coleta de dados propriamente dita iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética. Cada participante foi informado do caráter científico da pesquisa e foi apresentado o TCLE, onde através da sua assinatura o participante concedeu a autorização para a realização da pesquisa.

O Projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, obedecendo às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável sob o número 133/2010.

Os encontros do grupo focal foram gravados, sendo todo o seu conteúdo transcrito e analisado. Utilizamos para análise de dados a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), onde as falas dos sujeitos da pesquisa são analisadas e transportadas em categorias temáticas, permitindo assim compreender a magnitude do que há por trás das palavras utilizadas nos discursos. Para o processo de coleta de dados foi levada em consideração as exigências contidas na resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos através do método de observação do Grupo Focal. Técnica que possibilitou a coleta de dados tendo como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. As pessoas em geral

precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas a discussões de grupo. É exatamente este processo que o grupo focal tenta captar.

A emersão de significados a partir de perguntas-estímulos, possibilitaram a criação de um Guia temático (Quadro 1) onde no decorrer dos cinco encontros, debateríamos sobre as evocações advindas das perguntas-estímulos.

Segundo Mazza (2009) o guia temático é uma ferramenta norteadora para o desenvolvimento do tema, que auxilia a manutenção do propósito do estudo como força condutora do trabalho e apresenta questões que tratam do objeto da pesquisa. A partir de uma construção objetiva para captação das necessidades percebidas pelas participantes foi elaborado um Guia que pode ser descrito a seguir:

Quadro 1: Guia Temático do Grupo Focal. Icó, Ceará, 2010.

GUIA TEMÁTICO
Pergunta Norteadora: Quais as concepções do cuidar e qual a parcela de comprometimento do outro no processo do cuidar de pacientes com transtornos mentais em regime de internação?
1) Qual a importância do cuidar do outro? 2) O que você entende por adoecimento psicológico? 3) Quais as maiores dificuldades enfrentadas no processo do cuidar do paciente mental? 4) Como você e sua família percebem o usuário que está internado? 5) Você se sente-se seguro quando o usuário volta para casa após período de internação? 6) Que tipo de apoio você recebe para cuidar do outro que sofre? 7) Quantas familiares estão envolvidos nesse processo de cuidar do outro?

Os critérios para operacionalização do grupo, foram responsáveis por usuários de CAPS, em regime de internação. Estes participantes pertenciam à área de abrangência da unidade de saúde.

Em relação ao nível de experiência a formação do grupo contou com a participação de representantes das famílias, que na prática eram os cuidadores. Esta condição permitiu a aproximação de experiência e de conhecimento entre os participantes em relação ao cuidado do outro. A composição dos grupos foi de, principalmente, mães, irmãs e avós.

A montagem e estruturação das “peças” do grupo deu-se conforme aponta Carlini-Cotrim (1996), o planejamento e montagem do grupo focal é talvez a parte mais trabalhosa de um estudo que utilize esse método de pesquisa. É importante utilizar o grupo focal no entendimento de como diferem e se formam diferentes percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, produto ou serviço.

Quadro 2 – Estrutura do Grupo

Grupo Focal

Composição do grupo	Ferramentas	Desenvolvimento do grupo
Participantes	Convocação	Ambiente
Equipe de Trabalho (coordenador)	Guia Temático	Sessão

Estabelecido o grupo deu-se então o seu processo de condução. Segundo Carlini-Cotrim (1996), a boa condução do grupo focal, começa no momento em que o primeiro participante entra na sala de discussão. Quanto às características dos participantes do estudo, todas eram mulheres (seis), com idade média de 42 anos. No primeiro encontro foram observadas as características de cada participante, reservando um tempo de 10 minutos para preparação, composta pela apresentação dos participantes, breve introdução do tema, apresentação dos objetivos do trabalho, explicação sobre o uso do gravador, da técnica de grupo focal e das questões éticas. O desenvolvimento foi orientado pelas questões do guia temático com aproximadamente 1 hora e 5 minutos, distribuído de acordo com a complexidade de cada tópico a ser discutido

O interessante dos encontros foi perceber que os relacionamentos e os vínculos entre pacientes, família aliados equipe multiprofissional, são essenciais para o êxito do tratamento. A família é célula vital para a saúde humana, é o contexto dentro do qual evolui à saúde do indivíduo.

Sabe-se que a hospitalização remete – paciente e família – à ameaça básica da integridade narcísica, atinge a fantasia de imortalidade, o controle do próprio corpo e destino. Mediante o quadro de hospitalização fica mais complicado compreender, como o paciente se adapta a dinâmica das enfermarias, que se apresentam como um local onde há um clima quase permanente de muita tensão e extrema solicitação das equipes que acompanham os pacientes (ROMANO, 1999).

Ressaltamos que no campo saúde nos deparamos cada dia mais com as condições crônicas da instituição, falta de profissionais, alta demanda de usuários, caracterizadas por problemas que persistente no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde. Estas condições afetam, além dos usuários do serviço, também seus familiares, causando inúmeros prejuízos funcionais e sociais durante o curso da patologia.

Esses prejuízos foram relatados em todos os discursos durante os encontros do grupo focal, como sendo propiciadores de um dano tanto psicológico como financeiro, onde estavam incumbidos: a alimentação, o transporte, e as medicações, que muitas vezes não são ofertadas pela instituição. Além disso, as famílias apresentam em sua maioria, dificuldades para lidarem com as situações de crises, com conflitos familiares emergentes, essa situação se agrava ainda mais quando trata-se do

adoecimento psíquico, as incertezas, e desinformações, tornam o processo do cuidar, intervir, bem mais desgastantes (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Durante os encontros percebeu-se ainda, que todas as mulheres (cuidadoras) presentes eram de alguma forma as provedoras dos seus lares, ou com aposento, ou com trabalho formal / informal. A predominância de mulheres ao acompanhamento dos usuários nos remete a proposição de Amarante (2003), quando diz que todo sofrimento é apaziguado na instância do seio materno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não tão distante até meados da década de 70, a família era vista como propiciadora do adoecimento, ratificando a necessidade de isolamento da pessoa doente. A família ficou estigmatizada e, como consequência, houve um grande contingente de população moradora em instituições psiquiátricas, devido à ruptura dos vínculos familiares ou aqueles se tornaram frágeis em decorrência da diminuição da comunicação entre seus membros e a instituição, além da escassa orientação sobre o adoecimento psíquico. Porém, com as transformações que ocorreram no modelo assistencial em saúde mental a partir do final da década de 70, a família foi convidada a participar ativamente de uma nova forma de conceber e tratar o portador de sofrimento psíquico.

O processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, ao longo da história, avançou significativamente. Os mecanismos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, foram expressivos para efetivar os métodos substitutivos dos hospitais psiquiátricos. O tempo da doença – tempo socialmente inscrito – e do espaço/contexto da pluralidade dos acontecimentos e das relações sociais estabelece as referências culturais que permitem o suporte aos doentes mentais ou a sua “prevenção” e o seu estigma e, também, a adesão a determinadas formas de tratamento, numa constante troca e negociação dos significados. Cada contexto apresentado revela a riqueza das múltiplas experiências, destacadas pela análise teórica que permite lançar um novo olhar sobre a questão da institucionalização.

A família que antes era vista como propiciadora do adoecimento, ratificando a necessidade de isolamento da pessoa doente, hoje passa a ter papel protagonizante no acompanhamento e tratamento de pessoas com transtornos mentais. O Estado responsabilizava-se pelos cuidados com a pessoa com transtornos mentais, e com todos aqueles inscritos nos seus vínculos cotidianos. Percebeu-se que mesmo com a abertura aos familiares aos programas de acolhimento a pessoas com transtornos mentais, aí há uma fragmentação na informação que é repassada pelos mecanismos de atenção à saúde, aos familiares dos usuários.

Sabe-se que um dos principais papéis dos mecanismos de atenção à saúde, é a prevenção, e muito pouco é feito com relação a esse tipo de trabalho. Constatamos que o inchaço ambulatorial, e

as dificuldades com relação a composição das equipes, são fatores preponderantes para a desinformação aos sujeitos responsáveis pelos usuários do CAPS.

Os resultados da pesquisa nos demonstram que apesar da disseminação dos programas de saúde efetivados pelo Governo e outras instâncias sociais, há um “total desconhecimento”, acerca da temática, “transtornos mentais”, o cuidar aparece entre os relatos coletados como “preocupação”, ou “cuidado físico”, estar ou não “doente”. Constatou-se que essas desinformações culminam nas dificuldades dos participantes reconhecerem-se como parte imprescindível no tratamento do outro que sofre, reconhecerem o seu verdadeiro papel como cuidadores. A doença mental ainda não é vista como um adoecer do sujeito na sua totalidade, a noção de cuidar enquanto “estar presente”, “inserido”, “vinculado ao outro”, ainda não teve o amadurecimento preciso. De um modo geral os dados obtidos na pesquisa, reforçam a ideia de que os vínculos segregados com tempo entre paciente e família são primordiais para o tratamento, assim como uma efetiva e prolongada inserção deste a espaços de convivência familiar e social, e que os mecanismos de atenção a saúde precisam efetivar a responsabilidade social acima de tudo, é preciso lançar mão a novas estratégias que venham a diminuir as dificuldades aos serviços ambulatoriais disponibilizados, de modo que a comunidade e a sociedade civil organizada, passem a fazer parte de todo um processo de desinstitucionalização e cuidar daquele usuário.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE PDC. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica**. In: Amarante PDC, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Ed. 70, 1977.
- BARROS, S, EGRY EY. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. Taubaté: Cabral; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. 57-9.2002. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 02/12/2009.
- CARLINI-COTRIM, Beatriz. **Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias**. Rev. Saúde Pública, Jun 1996, vol.30, no.3, p.285-293.
- COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista Escola Enfermagem USP*. v.38, p.197-205, 2004.
- DALL’AGNOL, C. M., & TRENCH, M. H. (1999). **Focal group as a methodological strategy in nursing research**. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 20 (1), 5-25.
- DURMAN, S.; DIAS, T.; MION, J.Z.et al. Centro de Atendimento Psicossocial Infantil – Caps i: um espaço para ensino em saúde mental. *Revista Nursing*, v.89, n.8, p.480-483, 2005.

FERN, E.F. (2001). **Advanced focus group research**. California: Thousand Oaks. **IN; GONDIN, S.M.G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos**. Revista Paidéia, Cardenos de Psicologia e educação. 2002.

¹⁰ FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1994.

¹¹ FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Porto Alegre: Sulina, 1987.

GONDIM, S.M.G. **Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos**. 2002. Disponível em: [http://< sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>](http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc). Acesso em: 20 jun. 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussmich. 2ª ED. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KOVÁCS, M. J. (1996). *A morte em vida*. In.: Bromberg. M. H. P. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo.

LEININGER M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. J Transcultural Nurs 1991b. Dec/Feb; 2(2) *In: Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol.10.no.1. Ribeirão Preto: Jan. 2002.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000100014&script=sci_arttext acessado em: 06/03/10

MAZZA, V.A. **Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde [tese]**. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2000.

MORGAN, D.(1997). **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications. **IN; GONDIN, S.M.G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos**. Revista Paidéia, Cardenos de Psicologia e educação. 2002.

OLIVEIRA MMB, JORGE MSB. **Doente mental e sua relação com a família**. In: Labate RC, organizadora. **Caminhando para a assistência integral. Anais do V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica**; Ribeirão: 1999, págs. 27-30.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SARTI, C.A. **A família como ordem simbólica**. Psicologia USP, V. 15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SÔNIA BARROS; MÁRCIA APARECIDA FERREIRA DE OLIVEIRA; ANA LUISA ARANHA E SILVA. Práticas Inovadoras para o cuidado em saúde. Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.spe São Paulo Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lang=pt
Acessado em: 27/02/2010

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na**

família. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002

Recebido em: 27 de Maio de 2019

Aceito em: 20 de Novembro de 2019

¹ Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: glauco.diniz@uece.br