



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA
EM ASSOCIAÇÃO AMPLA DE IES (UECE/UFC/UNIFOR)

MÁRCIA MARIA MONT'ALVERNE DE BARROS

EXPERIÊNCIAS DAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS ATENDIDOS
NOS DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

FORTALEZA-CEARÁ

2012

MÁRCIA MARIA MONT'ALVERNE DE BARROS

**EXPERIÊNCIAS DAS FAMÍLIAS COM USUÁRIOS ATENDIDOS NOS
DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Tese de doutorado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, em Associação Ampla de Instituições de Ensino Superior (Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará/Universidade de Fortaleza), como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Avaliação.

FORTALEZA – CEARÁ

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

B277e Barros, Márcia Maria Mont' Alverne de
Experiências das famílias com usuários atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial / Márcia Maria Mont'Alverne de Barros. – 2012.
CD-ROM. 219 f. ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.
Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Famílias. 2. Experiências. 3. Saúde mental. 4. Reforma psiquiátrica. 5. Reforma dos serviços de saúde. I. Título.

CDD: 362.2042



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Doutorado em Saúde Coletiva, Associação AMPLA
UECE/UFC/UNIFOR.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Tese: "Experiências das famílias com usuários atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial."

Nome da Doutoranda: Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

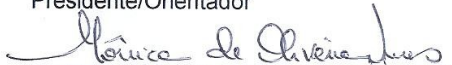
Nome da Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

TESE APRESENTADA AO CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA UECE/UFC/UNIFOR, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

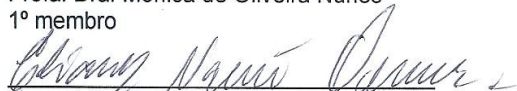
BANCA EXAMINADORA:



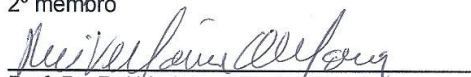
Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
Presidente/Orientador



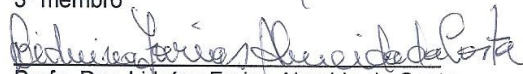
Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes
1º membro



Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
2º membro



Prof. Dr. Rui Verlaine Oliveira Moreira
3º membro



Profa. Dra. Liduína Farias Almeida da Costa
4º membro

Data da defesa: 19/12/2012.

Aos meus pais, Francisco Albertino de Barros e
Maria Angélica Mont' Alverne de Barros, pelo carinho, dedicação e amor.

A todos os trabalhadores e gestores comprometidos
com o cuidado de qualidade em saúde mental.



AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Salete Bessa Jorge, por contribuir de maneira importante para a minha formação de pesquisadora do campo da saúde mental. Venho trilhando com a Profa. Salete um caminho de descobertas, aprendizados preciosos desde o ano de 1998 mediante a Especialização em Saúde Mental. Em 2008, no Mestrado Acadêmico em Saúde Pública na UECE e atualmente no Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES (UECE/UFC/UNIFOR).

A Dione Ellen Silva Brito pelo apoio valioso e colaboração necessária ao desenvolvimento desta pesquisa.

A todas as famílias de usuários com transtornos mentais em acompanhamento na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral que aceitaram participar da pesquisa.

Aos colegas do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla de IES – Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará, especialmente Fernando Sérgio Pereira de Sousa e Renata Alves Albuquerque pelo convívio, solidariedade, amizade e discussões acadêmicas.

Aos Professores do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla de IES – Universidade Estadual do Ceará/Universidade Federal do Ceará, pela relevante contribuição no meu processo de formação.

Aos Professores que compõem a Banca Examinadora, doutores Maria Salete Bessa Jorge, Mônica de Oliveira Nunes, Eliany Nazaré de Oliveira, Rui Verlaine Oliveira Moreira, Liduína Farias Almeida da Costa pela colaboração valiosa e disponibilidade em compartilhar o conhecimento.

Aos trabalhadores da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, Francisco Francimar Fernandes Sampaio, Helena Ferreira Bernardino Cunha pela colaboração necessária ao desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

A pesquisa teve como objeto de estudo as experiências das famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial. A atual política de saúde mental do Brasil possibilitou aproximação e convivência mais intensiva das famílias com os familiares com transtornos mentais. Assim, identificam-se importantes desafios nesse novo cenário. O estudo teve como objetivo principal compreender as experiências e cuidado de famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial e seus desdobramentos: des (velar) experiências, dificuldades e facilidades vivenciadas por famílias no cuidado cotidiano aos usuários com transtornos mentais; descrever estratégias e tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas famílias na produção de ações para melhorias das condições de vida de familiares com transtornos mentais e cuidadores; identificar como as famílias avaliavam as formas de atendimento do tratamento prestado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) aos familiares com transtornos mentais e às famílias; examinar como ocorriam os fluxos de atenção às famílias e aos familiares com transtornos mentais na rede de serviços de saúde; entender como as famílias se posicionavam no acompanhamento do tratamento do familiar com transtorno mental; identificar como acontecia o relacionamento das famílias com os trabalhadores da saúde da RAISM; e descrever a participação das famílias no tratamento dos familiares com transtornos mentais. O trabalho de investigação foi realizado em Sobral, Ceará, em Centro de Atenção Psicossocial. A pesquisa contemplou 20 famílias/cuidadoras de usuários adultos com transtornos mentais graves, com histórico de atendimento no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes e em tratamento nos dias atuais no mencionado CAPS. Utilizaram-se para a coleta de dados: entrevista semiestruturada, grupo focal e observação participante. A pesquisa atendeu aos princípios éticos, conforme preconiza a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Na análise do material empírico, utilizou-se a fenomenologia hermenêutica de Paul Ricoeur. Os resultados apontaram que no cerne da convivência da família com o familiar com transtorno mental havia dificuldades enfrentadas pelas famílias no tratamento domiciliar: baixa autonomia, agressividade e dependência do usuário com transtorno mental nas atividades de autocuidado; situação de vigilância do cuidador, com supervisão de comportamentos problemáticos. Evidenciou-se que predominantemente os cuidadores não dispunham de suporte familiar no cuidado, assim como assumiam diferentes responsabilidades no cotidiano. Havia relação de confiança das famílias com a equipe de saúde mental e o reconhecimento dos cuidadores pelo trabalho prestado. O cuidado era entendido pelas famílias como de responsabilidade delas e dos serviços de saúde. Identificaram-se, pelas narrativas, grupos de famílias que desejavam a reedição da instituição psiquiátrica para a internação do familiar com transtorno mental, por períodos de longa data. Por outro lado, percebeu-se também mudança de olhar sobre a atenção desenvolvida no hospital psiquiátrico pesquisado. Este assumia significação de negligência, maus-tratos e era encarado como produtor de sofrimento para os cuidadores e familiares com transtornos mentais. As famílias encontravam-se distantes do olhar e do cuidado prioritário da equipe de saúde mental da RAISM. Faz-se necessária realização de planejamento permanente de estratégias e desenvolvimento de ações que visem inserção de famílias no cuidado.

Palavras-chave: Família. Experiências. Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

This study had family experience of mentally ill patients in psychosocial care centers as study objective. Current mental health policy in Brazil has enabled proximity and more intense coexistence for families and their mentally ill members. Thus, important challenges have been identified for this new scenario. The study had as objective to expose experience, difficulties and facilities witnessed by families in the daily care of their mentally ill members; describe care strategies and technologies developed by families in action production for the improvement in quality of life for mentally ill family members and caregivers; identify how families assess the forms of assistance and treatment provided by the Integral Mental Health Care Network (IMHCN) to family members with mental disorders and their families; examine how the care service is run for families and mentally ill family members in the health care network; understand how families position themselves in treatment follow-up of mentally ill family members; identify quality of relationships between families and health employees at IMHCN; and describe family participation in the treatment of mentally ill family members. Investigation work was conducted in Sobral, Ceará, at the Psychosocial Care Center (PCC). The survey contemplated 20 families/caregivers of adult patients with serious mental disorders, with medical records at the psychiatric hospital '*Casa de Repouso Guararapes*' and currently under treatment at the PCC mentioned above. Data was collected using: a semi-structured interview, focus groups and participant observation. This study fulfilled the ethical principles, according to Resolution 196/1996 from the National Health Council. In the analysis of empirical materials, we used Paul Ricoeur's hermeneutic-phenomenology. The results pointed out that at the heart of family life, with a mentally ill family member, there are difficulties faced by the families in home-based treatment: little autonomy, aggressiveness and dependence of the mentally ill patient for self-care activities; the caregiver's monitoring situation, with supervision on problematic behavior. Predominantly, it was witnessed that caregivers do not dispose of family support for care, as they also take on different responsibilities in daily life. There was a relationship of confidence between the families and the mental health team and the recognition of caregivers for the care provided. Care was understood by the families as their and the health services' responsibility. We identified, through the narratives, family groups that desired the reestablishment of the psychiatric institution for the admission of the mentally ill family member, for long periods of time. On the other hand, we also perceived a change of opinion on the care provided at the psychiatric hospital studied. This took on the meaning of negligence, ill treatment and was considered as the producer of suffering for the caregivers and mentally ill family members. The families found themselves distant from the supervision and priority care from the mental health team at IMHCN. It is necessary to conduct permanent strategy planning and action development that focus on inserting families in the care.

Keywords: Family; Experience; Mental Health; Psychiatric Reform; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1. O DESPERTAR DA PESQUISA E A COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO	11
1.1 O despertar da pesquisa	11
1.2 A compreensão do objeto de estudo	13
1.3 OBJETIVOS	22
1.4 PRESSUPOSTOS	23
2. EIXOS-TEÓRICOS	24
2.1 Hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur	24
2.2 Família e suas interfaces culturais, históricas	27
2.3 A família no contexto das políticas: públicas e de saúde	36
2.4 Perfil da família brasileira	45
2.5 Política nacional de assistência social e rede de proteção social de Sobral	47
2.6 A relação da assistência em psiquiatria com as famílias das pessoas com transtornos mentais	55
2.7. A reforma psiquiátrica no Brasil e suas implicações na atenção às famílias de usuários com transtornos mentais	60
3 CAMINHOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS	66
3.1. Natureza e tipo de estudo	66
3.2. Campo de investigação	67
3.3. Participantes do estudo	70
3.4. Técnicas e instrumentos de coleta dos dados	72
3.5 Aspectos éticos	75
3.6. Análise e Interpretação	75
4 RESULTADOS DA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS	79
TEMA 1 – A CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM O FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	79
Subtema 1- Dificuldades e facilidades no tratamento domiciliar pelas famílias cuidadoras na atenção psicossocial.	79
Subtema 2 - Exclusão social dos familiares com transtornos mentais como aspecto dificultador na concepção das famílias cuidadoras.	103
Subtema 3 - A família no contexto da reforma psiquiátrica: o si próprio, subjetividades e participação no tratamento.	110
Subtema 4 - Construção de sujeitos autônomos, vínculo e corresponsabilização das famílias no cuidado em saúde mental.	117
Subtema 5 - Estratégias de cuidado para a promoção da saúde mental, empoderamento e condições de vida dos usuários e cuidadores.	123

TEMA 2 - A CLÍNICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM O CUIDADO	127
Subtema 1- A clínica psiquiátrica e de atenção psicossocial na transversalidade dos dispositivos da rede de atenção à saúde.	127
Subtema 2- Rede, acesso, acessibilidade e fluxo na atenção psicossocial.	137
Subtema 3 - Cuidado em saúde mental nos dispositivos de atenção psicossocial e atenção primária à saúde: significados e sentidos culturais.	147
Subtema 4 - Medicamentação e suas contradições, cultura e conflitos nos modelos de atenção psicossocial.	171
TEMA 3 -CRISE COMO GERADORA DE CONFLITOS E MEDO PARA O CUIDADO	176
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO	181
REFERÊNCIAS	188
APÊNDICES	205
Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada para as famílias/cuidadoras	206
Apêndice B – Temário para grupo focal com as famílias/cuidadoras	207
Apêndice C – Roteiro de Observação participante	208
Apêndice D – Ofício de solicitação para realização da pesquisa à coordenação do CAPS	209
Apêndice E – Ofício de solicitação para realização da pesquisa à coordenação da Unidade de internação psiquiátrica	210
Apêndice F – Ofício de solicitação para realização da pesquisa à Coordenação da Atenção Primária à Saúde de Sobral	211
Apêndice G – Termo de consentimento livre e esclarecido para as famílias cuidadoras	212
Apêndice H – Termo de consentimento pós-informado	214
Apêndice I – Cartão de agendamento (entrevista e grupo focal) com as famílias	215
ANEXOS	216
Anexo A - Autorização da Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral para a realização da pesquisa	217
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	218

1. O DESPERTAR DA PESQUISA E A COMPREENSÃO DO OBJETO DE ESTUDO:

1.1 O despertar da pesquisa

Ao término do curso de graduação em Terapia Ocupacional, em dezembro de 1997, a pesquisadora estava decidida a trabalhar no campo da saúde mental, pois a aproximação com o “ser louco” e com o universo complexo e enigmático vivenciado pela pessoa com transtorno mental severo e persistente despertava-lhe interesse, fascínio e busca de compreensão.

Na realização da monografia, ela investigou sobre a utilização das diferentes oficinas em um dos hospitais psiquiátricos no qual estagiava, com o objetivo de identificar sua relevância no processo de inserção da pessoa com transtorno mental no seio comunitário e social. Identificou-se no estudo que as oficinas configuravam-se recursos terapêuticos importantes nos equipamentos de saúde mental, porém a organização e a lógica que imperavam no modelo hospitalocêntrico limitavam sobremaneira as possibilidades de as oficinas realmente serem traduzidas como potentes facilitadoras do processo de habilitação social.

A pesquisadora estava decidida a conhecer o universo de experiências e significados que envolvia a pessoa com psicose, assim sentia a necessidade de se instrumentalizar teoricamente, bem como vislumbrar outras formas de atenção em saúde mental, diferentes daquelas desenvolvidas em instituições hospitalares.

Em 1998, iniciou o curso de especialização em saúde mental na Universidade Estadual do Ceará – UECE. Foi bastante significativo para ela entrar em contato com a contextualização dos referenciais teórico-práticos e histórico-sociais da saúde mental trabalhados no referido curso, onde os crescimentos pessoal e profissional revelaram-se inevitáveis. Neste curso, ela teve a oportunidade de conhecer a política, filosofia, características, funções, objetivos, enfim, a assistência oferecida pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS do Ceará, especialmente pelo CAPS de Quixadá às pessoas com transtornos mentais.

A identificação foi imediata, em virtude de ter constatado que a atenção desenvolvida nos CAPS estava ancorada em uma política de saúde mental humanizada, de

qualidade, de base comunitária, fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Ao término do curso de especialização em saúde mental, em 1999, teve conhecimento de que em Sobral estava iniciando-se o processo de estruturação de um CAPS e a realização de seleção de profissionais para atuar no campo da saúde mental. Assim, ela iniciou contatos com a Secretaria da Saúde e Ação Social, com o objetivo de trabalhar no CAPS que estava para ser implantado. Depois de algumas tentativas e diálogos com a gestão local, começou a se inserir na equipe, composta inicialmente por uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, sendo então contratada posteriormente. Logo após, outros trabalhadores da saúde¹ foram sendo incorporados à equipe: psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e terapeutas ocupacionais.

A inserção da pesquisadora no universo da atenção à saúde mental na cidade de Sobral aconteceu em meados de 1999, ano de efervescência do início do desmonte do aparato manicomial e da implantação do processo de Reforma Psiquiátrica. Neste contexto, ela apresenta histórico de atuação na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) do município nas esferas da assistência e da gestão.

No campo da assistência, atuou como terapeuta ocupacional no CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes (serviço especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes), por um período de nove anos. Neste centro desempenhou também as funções de coordenação: político-social, integração social e clínica. Posteriormente, assumiu a coordenação geral da citada RAISM em junho de 2009, permanecendo até julho de 2012.

As experiências vivenciadas na atenção em saúde mental desenvolvida na RAISM, nos âmbitos da assistência e da gestão, associadas ao desenvolvimento de pesquisas oriundas dos cursos de Pós-Graduação em Saúde Mental, Saúde da Família, e especialmente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, em que neste a pesquisa desenvolvida contemplou também a compreensão das experiências das famílias de pessoas com transtornos mentais assistidas no modelo hospitalocêntrico e na RAISM, detectando-se as especificidades das diferentes formas de cuidado, possibilitaram a pesquisadora a ampliação de suas

¹ São todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para desempenho de funções atinentes ao setor (PAIM, 1994).

percepções e interesses pelas experiências singulares das famílias, instigando-lhe a penetrar nesse campo, tendo como consequência a aproximação com o objeto de estudo: análise das experiências das famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial.

1.2 A compreensão do objeto de estudo

Ao longo da história, percebe-se a existência de um distanciamento expressivo, motivado por razões diversificadas, da psiquiatria com as famílias de familiares com transtornos mentais, evidenciando-se um cenário de falta de inserção dos cuidadores no cuidado em saúde mental.

Os estudos de Pimenta e Romagnoli (2008) denunciam que antes do processo de Reforma Psiquiátrica a pessoa com transtorno mental era apartada da família, considerando-se as duas vertentes explicitadas a seguir: primeiro, o louco era distanciado da família em virtude de uma proposta de “isolamento terapêutico”. Para justificar tal procedimento, defendia-se que a família estaria sob a ameaça de alienação e que, por isso, deveria ser protegida. O ser louco era encarado como uma pessoa periculosa para a estrutura familiar, acreditava-se que ele poderia subverter os membros do grupo familiar considerados mais frágeis, configurando-se então um modelo exemplar negativo, ao ser imitado. Entretanto, apesar da suposta necessidade de a família ser protegida do seu membro doente, o grupo era também indiciado como promotor da loucura. Esta contradição se dava devido à ideia de que a alienação era oriunda da estrutura familiar e dos conflitos gerados a partir desta relação.

A história evidencia que a família foi mantida afastada do tratamento da pessoa com transtorno mental, porque esta, na maioria das vezes, encontrava-se em hospitais psiquiátricos. Neste modelo, o familiar era alijado do tratamento e a proibição das visitas nas primeiras semanas de internação acabava também reforçando a culpa da família (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Pelo fato de ser considerada agente patogênico, a família também era afastada da pessoa com transtorno mental e colocada em segundo plano. Devido à existência de promessas de cura para o adoecimento mental, o papel dela era de passividade. Cabia à família esperar pelos resultados das intervenções realizadas pelos detentores do saber competente. No interior dos hospitais psiquiátricos, a família funcionava como informante da enfermidade e da trajetória da pessoa com transtorno mental. O cuidado pela pessoa com

transtorno mental era da responsabilidade exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais (ROSA, 2005).

No entanto, mediante as transformações que ocorreram no modelo assistencial em saúde mental a partir do final da década de 1970, a família foi convidada a participar de uma forma ativa de uma nova maneira de conceber e tratar as pessoas com transtornos mentais (MORENO, 2009).

Segundo Amarante (2003) o processo de reforma psiquiátrica brasileira, preconiza que se estimule e se considere como de grande relevância o protagonismo das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, bem como a criação de associações de usuários e familiares.

Em face ao contexto, enfatiza-se que a reforma psiquiátrica se configura um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e familiares, nos movimentos sociais, e em territórios do imaginário social e da opinião pública. Configura-se como conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que avança no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005a).

Para Amarante (1998), o principal objetivo da reforma psiquiátrica encontra-se na capacidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, o ser “louco” e a doença mental, conduzindo as relações com o propósito de superação do estigma, da segregação, da desqualificação das pessoas com transtornos mentais, buscando por estabelecer com a loucura relação de coexistência, solidariedade, trocas, possibilidades, cuidados.

A prática terapêutica no campo da saúde mental, nesse contexto de modificações e aproximações, busca incorporar epistemicamente, abordagens convergentes com a ampliação da clínica e evidenciação do sujeito (usuário) no cerne da produção do cuidado, bem como, contemplando a família como agente importante deste processo (NUNES; JUCÁ, VALENTIM, 2007).

Na conjuntura da reforma psiquiátrica, a família passou a ser estimulada a desempenhar novo papel, uma vez que no modelo tradicional era alvo de desautorização, em virtude de projeto que não vislumbrava suporte terapêutico às famílias para lidarem com a condição do adoecimento e as implicações deste nos universos familiar e social (SILVA; DALMOLIN, 2010).

Entende-se que se torna impraticável conceber uma atenção em saúde mental ancorada nos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em que os serviços e trabalhadores da saúde desconsiderem ou valorizem apenas no âmbito verbal ou de maneira incipiente o papel da família no contexto do tratamento. A família se configura um laço fundamental entre o seu familiar com transtorno mental e os serviços de saúde. Os diferentes dispositivos de atenção e os trabalhadores da saúde devem valorizar a experiência, o conhecimento, os recursos utilizados pelas famílias, bem como interagir com elas, oferecendo-lhe suporte terapêutico, desenvolvendo junto a estas formas de manejo mais adequadas para o cuidado. Estes aspectos precisam ser traduzidos em ações concretas no cotidiano dos serviços, do território e das moradias dos usuários assistidos, pois somente assim se vislumbrará de fato mudanças concretas.

Com essa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (BRASIL, 2010a) realizada em Brasília em 2010, no concernente aos princípios e diretrizes gerais, preconiza dentre outros aspectos que:

O processo de superação do modelo asilar e de efetivação da reforma psiquiátrica requer a promoção de relações entre trabalhadores, usuários e familiares pautadas no acolhimento e no vínculo, no sentido de evitar que se reproduza, dentro dos serviços substitutivos, a lógica do manicômio. Assim, torna-se necessário a adoção de um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o “protagonismo social”, no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação. Dessa forma, exige, também, garantir e promover a inserção e a participação das famílias na construção dos projetos terapêuticos dos usuários da rede de saúde mental (BRASIL, 2010a).

Há a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos

cuidadores dos usuários, mediante o envolvimento de todos os atores no processo terapêutico; e o acolhimento na rede de serviços de saúde mental e nos diferentes serviços que compõem a rede (BRASIL, 2010a).

Outro aspecto importante contemplado na IV Conferência Nacional de Saúde Mental diz respeito à criação de programas de incentivo a projetos e iniciativas que privilegiem o trabalho com a família, no sentido de estimular o trabalho focado no fortalecimento do vínculo doméstico que permeia a relação entre a pessoa com sofrimento psíquico e os outros membros da família (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, apreende-se que na atualidade no universo da atenção à saúde mental, evidenciam-se a necessidade de mudanças primordiais fundamentadas na substituição do modelo hospitalocêntrico por modalidades de serviços de atenção abertos, de base comunitária, em que se deve buscar a valorização e o estímulo do protagonismo da família na construção artesanal da atenção psicossocial, ancorados nas diretrizes propostas pela reforma psiquiátrica.

Pelo exposto, percebe-se que a atual política de saúde mental adotada no Brasil possibilitou a aproximação das famílias com os familiares com transtornos mentais. Estes passaram a conviver de forma intensiva com os cuidadores. Desta maneira, identificam-se importantes desafios para as famílias/cuidadoras, trabalhadores da saúde e usuários com transtornos mentais imbricados nesse contexto, os quais se apresentam cada vez mais presentes nas diferentes conjunturas familiares.

A evidência de transtorno mental no cerne familiar ocasiona repercussões de diferentes naturezas no âmbito da família, situação complexa para os integrantes desse grupo que necessitam redimensionar, de maneira permanente, os cotidianos.

No tocante aos problemas enfrentados pela convivência da família com a pessoa com transtorno mental, os estudos de Koga (1997), Zanús (1993), Moura Fé (1996a); Melman (2006); Pergoraro e Caldana (2008); Borba *et al.*, (2008a); Barros e Jorge (2011); Dimenstein *et al* (2010); Nóbrega e Coriolano (2011); Almeida *et al.*, (2010); Santin e Klafke (2011); dentre outros, demonstraram muitas dificuldades enfrentadas pelas famílias junto as novas propostas de cuidados em saúde mental, que interferem diretamente nas dinâmicas familiares e na conjuntura de corresponsabilização contemplada pelo modelo de atenção psicossocial.

No que concerne à atenção em saúde mental em Sobral, Almeida et al. (2004) informam que no município o hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes foi criado em 1974. Durante sua existência foi cenário de diversificadas irregularidades. A prevalência de internamentos inadequados e a guarda não qualificada de pessoas com transtornos mentais ilustram uma triste página na história da psiquiatria do Estado do Ceará. O estabelecimento seguia os padrões determinados e prevaletentes na maioria das instituições psiquiátricas do país, configurando-se ambiente manicomial excludente, no qual dominava o isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias e, acima de tudo, maus-tratos, os quais consistiram em ponto de partida para denúncias às autoridades responsáveis.

Em outubro de 1999, a morte de um usuário, naquele hospital psiquiátrico, por espancamento, suscitou denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará foram feitas duas auditorias, pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, respectivamente, nas quais a denúncia foi comprovada e surgiram indícios de prática corriqueira de maus-tratos e espancamentos. Com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, o poder municipal decretou interdição no manicômio, no período compreendido de março a maio do ano 2000, prorrogada, em seguida, por mais um mês (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Após 120 dias de intervenção, o poder municipal, por meio da Portaria nº 113/2000, descredenciou o referido serviço e instituiu oficialmente a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM) de Sobral em julho do ano 2000, a qual encontra-se ancorada nos princípios e nas diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

A RAISM é composta atualmente pelos dispositivos: CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS AD, especializado no tratamento de pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas; Serviço Residencial Terapêutico; Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG), e ambulatório de psiquiatria, para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas. Os referidos serviços articulam-se entre si e com 48 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família, quinze na sede e treze nos distritos.

Não se pode deixar de registrar que a morte de Damião Ximenes Lopes, dentro da instituição Casa de Repouso Guararapes, conveniada, na época, ao SUS, assumiu proporção mundial, e acarretou a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA).

Referido caso evidenciou o questionamento sobre a assistência psiquiátrica no Brasil. Pelo fato de Damião ter sido morto em um hospital conveniado ao SUS, o governo admitiu a responsabilidade por não ter garantido o direito à vida e à integridade do usuário. A decisão da corte ocorreu no dia 17 de agosto de 2006, e na mesma data a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos tomou conhecimento do fato (CASO Damião Ximenes Lopes, 2006).

Ainda como registra essa mesma fonte, o governo brasileiro terá de pagar à família de Damião uma reparação econômica equivalente a US\$ 146 mil, a serem repassados no período de um ano. Ademais, a sentença obrigou o país a implantar medidas para evitar a repetição de maus-tratos e torturas em instituições destinadas à assistência às pessoas com TMs. E após o período de um ano, o governo federal deveria apresentar um relatório à Corte Interamericana, com sede em San José, na Costa Rica, explicitando as medidas tomadas para evitar que novas situações como a vivenciada por Damião e sua família voltem a acontecer.

A determinação de que o país investigue os responsáveis pela morte de Damião, bem como institua programas de capacitação de trabalhadores da saúde para o atendimento psiquiátrico são também aspectos contemplados pela decisão da corte. Este se configura como o primeiro caso brasileiro julgado pela corte.

O processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais do aparato manicomial operado em Sobral ocasionou desdobramentos de diferentes dimensões. Dentre estas, evidencia-se o aspecto referente à inserção das pessoas com transtornos mentais nos espaços de convivência familiar e, conseqüentemente, a convivência intensiva das famílias com os familiares com transtornos mentais.

Assim, tem-se como importante desafio para os trabalhadores da saúde a realização do trabalho compartilhado com as famílias, no sentido de que estas sejam inseridas no cuidado, além disso, faz-se necessário apoio da equipe, com vistas à construção conjunta de possibilidades de convivência domiciliar das famílias com os familiares com adoecimento mental.

As necessidades de atenção em saúde mental dos usuários com transtornos mentais no âmbito do sistema de saúde vislumbram possibilidades terapêuticas concretas e efetivas, quando há campo fértil para integração, envolvimento e inserção das famílias, visando a corresponsabilização destas no tocante à construção diária e artesanal do cuidado prestado aos familiares com transtornos mentais.

Para que o processo de corresponsabilização das famílias e o manejo no tratamento dos familiares com transtornos mentais destas se desenvolvam de maneira exitosa, torna-se imprescindível que a atenção em saúde mental prestada no âmbito da RAISM do município priorize elaboração de estratégias e operacionalização de ações permanentes (atendimento individual, atendimento grupal, atenção domiciliar etc.) voltadas às famílias.

Assim a equipe de saúde mental deve ancorar a prática no desenvolvimento do acolhimento; da capacidade de escuta; da construção de vínculos com as famílias e os familiares com transtornos mentais; no compartilhamento dos diferentes saberes e práticas; na valorização da experiência, do conhecimento e dos recursos utilizados pela família no enfrentamento da doença.

A atenção em saúde mental, fundamentada nos aspectos citados, apresenta a potência de operar mudanças concretas no cotidiano de famílias e familiares com transtornos mentais assistidos, vislumbrando-se a ampliação das possibilidades de resolutividade nos dispositivos compromissados com a efetivação da reforma psiquiátrica, evitando-se o enveredamento para tentativas de reedições de institucionalização.

Ao considerar o contexto de responsabilização sanitária com o processo de municipalização e a implantação da ESF, o processo de reforma psiquiátrica disparado há mais de uma década no município e a relevância da implantação da Política de Saúde Mental de Sobral na conjuntura municipal, estadual e nacional, campo fértil para realização de estudos que contribuam para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Ceará e no Brasil, urge considerar aspectos compreendidos como essenciais pela pesquisadora e evidenciados nos questionamentos que seguem.

Como ocorrem as experiências e quais dificuldades/facilidades vivenciadas pelas famílias no cuidado cotidiano aos familiares com transtornos mentais? Quais as estratégias desenvolvidas pelas famílias na realização de ações voltadas para melhorias nas condições de vida dos familiares com transtornos mentais e para as famílias? Como as famílias avaliam as

formas de atendimento do tratamento prestado na rede de saúde mental aos familiares com transtornos mentais e às famílias cuidadoras? Como acontece o atendimento realizado aos familiares com transtornos mentais e para as famílias na rede de serviços de saúde? De que forma as famílias se posicionam no acompanhamento do tratamento do familiar com transtorno mental na rede de saúde mental? Como ocorre o relacionamento das famílias com os profissionais que prestam atendimento na rede de saúde mental? Qual a participação das famílias cuidadoras no acompanhamento do tratamento do familiar com transtorno mental?

A realização dessa pesquisa se justifica pelas mudanças operadas na atenção à saúde mental do município, evidenciadas com a realização do processo de reforma psiquiátrica, o qual contempla a importância do redimensionamento nas relações de cuidado que os dispositivos de atenção devem estabelecer com as famílias assistidas.

Dessa maneira, faz-se necessário conhecer as experiências das famílias concernentes ao cuidado prestado aos familiares com transtornos mentais; concepções e práticas de saúde produzidas no cotidiano para lidar com os familiares, visando produção de ações de maneira compartilhada, as quais possam se traduzir como produtoras de melhores condições de estar no mundo.

Ao ponderar a necessidade de realização de estudos concernentes às experiências de famílias de familiares com transtornos mentais em cenário de RAISM da população, a qual se configura estratégia fundamental para consolidação da reforma psiquiátrica implantada no município, reconhece-se a relevância do envolvimento das famílias cuidadoras no cuidado em saúde mental, caminho potencial para contribuir de maneira efetiva para desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais.

A incipiência de estudos acerca das experiências de famílias de familiares com transtornos mentais no contexto da reforma psiquiátrica no município e no Estado do Ceará e a necessidade de realização de pesquisas de avaliação para o fortalecimento e consolidação da política de saúde mental, apoiada e implantada no país intensificam a relevância da realização deste estudo para analisar as experiências das famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial.

Os achados desta pesquisa propiciarão análise das experiências de famílias de usuários com transtornos mentais no contexto da reforma psiquiátrica em Sobral, bem como possibilitarão identificação de elementos importantes que nortearão os trabalhadores da saúde

da RAISM, assim como gestores, na busca de medidas mais efetivas voltadas para qualificação da política de atenção à saúde mental no município e integralidade do cuidado em saúde mental.

Com a realização deste estudo, espera-se contribuir com debates, discussões e reflexões referentes às experiências de famílias de usuários com transtornos mentais graves, com vistas à identificação de aspectos que subsidiem a construção de estratégias de intervenção junto às famílias, ao fortalecimento da política de saúde mental do município, à oferta de elementos que propiciem reformulação e qualificação das políticas de saúde mental no Estado do Ceará.

O desenvolvimento dessa investigação apresenta relevância que transcende o âmbito local e possibilitará produção e reflexão de conhecimentos, suscitando olhares críticos e reflexivos, com capacidade de analisar questões e diferentes informações nas diversificadas perspectivas, assim como habilidades e competências para aplicar os resultados obtidos na qualificação da atenção à saúde mental prestada às famílias cuidadoras nos diferentes cenários.

A pesquisa contemplou o SUS, analisando uma situação diagnóstica, ofertando possibilidades concretas de redimensionamento e redefinições de metas e ações, visando o aprimoramento e a qualificação da política de saúde mental do município.

1.3 OBJETIVOS:

Geral

Compreender as experiências e o cuidado de famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial no Município de Sobral-Ceará.

Específicos

Des (velar) experiências, dificuldades e facilidades vivenciadas pelas famílias no cuidado cotidiano aos usuários com transtornos mentais;

Descrever estratégias e tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas famílias na produção de ações voltadas para melhorias das condições de vida de familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras;

Identificar como as famílias avaliam as formas de atendimento do tratamento prestado na rede de saúde mental de Sobral aos familiares com transtornos mentais e às famílias;

Examinar como ocorrem os fluxos de atenção às famílias e aos familiares com transtornos mentais na rede de serviços de saúde;

Entender como as famílias se posicionam no acompanhamento do tratamento do familiar com transtorno mental na rede de saúde mental;

Identificar como acontece o relacionamento das famílias com os trabalhadores da saúde que prestam atendimento na rede de saúde mental de sobral;

Descrever a participação das famílias cuidadoras no acompanhamento do tratamento dos familiares com transtornos mentais.

1.4 PRESSUPOSTOS

Considerando-se as dimensões citadas no concernente às considerações teóricas realizadas, e com vistas a atingir os objetivos apresentados, elaboraram-se, reflexivamente, os pressupostos teóricos que balizaram o estudo:

1º Pressuposto

No contexto do processo da Reforma Psiquiátrica, disparada há mais de uma década em Sobral, as famílias de pessoas com transtornos mentais assistidas na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, ainda revelam desejo de institucionalização, voltado para o hospital psiquiátrico, fato associado à cultura manicomial produzida ao longo do tempo e à vivência de diversidades de problemas que motivam a sobrecarga de cuidado no cotidiano familiar, havendo desgaste na saúde da pessoa que cuida.

2º Pressuposto

Embora os dispositivos da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, disponham de organização composta por experiências exitosas, evidencia-se um cenário cuja participação das famílias cuidadoras ainda é incipiente. Desta maneira, torna-se essencial a inclusão destas no processo de cuidado, no contexto da reforma psiquiátrica municipal.

2 EIXOS-TEÓRICOS

2.1 Hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur

A fundamentação teórica–metodológica da tese diz respeito ao olhar fenomenológico de Paul Ricoeur (1990), que possibilita a contribuição de maneira bastante significativa mediante uma teoria da interpretação ancorada na dialética entre explicação e compreensão, mediada pela interpretação. Contempla um método reflexivo que estabelece uma conexão com o vivido. Considera importante a compreensão da existência, dessa maneira, busca “redescobrir a autenticidade do sentido” por meio da verdade.

Desvela ainda, esclarecer a existência humana pela compreensão do comportamento simbólico do ser humano: “o sentido oculto no sentido aparente”, mediante o registro escrito das suas falas, gestualidades e sentimentos. Propõe a dialética da complementaridade para poder resolver a questão do dualismo existente entre explicação e compreensão, com vistas a conciliar a objetividade do discurso científico com o do fenomenológico, enfatizando a subjetividade da reflexão (RICOUER, 1990).

Dessa maneira, a hermenêutica propõe reflexões acerca da experiência estética e da linguagem humana. Ela se constitui a interpretação do sentido do que não está dito ou mostrado, ao fazer-se algo. Busca a identificação do significado, o qual é fundamental na descrição da experiência e tem por objetivo alcançar uma teoria da interpretação do ser. Paul Ricoeur busca um “método reflexivo” que esclareça a existência e elucide “seu sentido” (RICOEUR, 1990).

Desse modo, acrescenta que a hermenêutica é compreendida como a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos, porque interpretar é tentar desvelar a própria descrição, ou seja, perceber sentido na existência humana (RICOUER, 1990).

A interpretação coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada mediante uma série de conceitos interpretativos, destacando-se o distanciamento, a apropriação, a explicação, a compreensão (RICOEUR, 1991; 1995).

A linguagem para Ricoeur (1988, p.14) se configura elemento de expressão de todos os simbolismos, assim, ele menciona as suas concepções específicas concernentes ao símbolo e interpretação.

Chamo símbolo a toda a estrutura de significação em que um sentido direto, primário, literal designa por acréscimo um outro sentido indirecto, secundário, figurado, que apenas pode ser apreendido através do primeiro. A interpretação é o trabalho do pensamento que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido aparente, em desdobrar os níveis de significação implicados na significação literal (...)

No que concerne ao distanciamento, Geanellos (1998a) chama atenção para o fato de que a objetivação do texto reduz a intenção do autor, eliminando a ideia de que exista uma única forma de compreensão. Um texto tem vários significados e as pessoas interpretam diferentemente o mesmo texto. O distanciamento produz a objetivação do texto libertando-o do seu autor e de suas intenções, fornecendo uma vida própria.

O distanciamento não é imposto metodologicamente, ao contrário, é um aspecto constitutivo da sua transformação em texto escrito por meio da fixação da língua falada em língua escrita (RICOEUR, 1991; 1995). Um outro conceito é representado pela apropriação, quando o intérprete apropria-se do significado de um texto, transformando este em algo familiar, próprio. A apropriação do significado do texto é similar ao sentimento de pertença a uma tradição (GEANELLOS, 1998a; 1998b; WIKLUND et al., 2002).

No concernente à dialética entre explicar e compreender, Ricoeur (1989, p.182) esclarece que:

A compreensão é, antes, o momento não metódico que, nas ciências da interpretação, se forma com o momento metódico da explicação. Este momento precede, acompanha, limita e também envolve a explicação. Em contrapartida, a explicação desenvolve, analiticamente a compreensão.

No respeitante ao texto, se constitui em um discurso fixado pela escrita, pois o discurso que poderia ter sido dito não efetivou-se. Ricoeur (1989) acrescenta que não existe diálogo no texto, não há troca, o leitor não responde para o autor e este para o leitor.

A noção de texto, na perspectiva produtora do distanciamento, é elaborada, considerando-se cinco aspectos: realização da linguagem como discurso; discurso como obra; relação da fala com a escrita; o mundo do texto e compreender-se diante da obra (RICOEUR, 1983).

O que se pretende compreender não é o discurso, mas a significação, o sentido. “*O discurso (...) é realizado como acontecimento, mas compreendido como sentido*” (RICOEUR, 1989, p.116).

Evidencia a importância da relação da fala com a escrita. Preconiza que o significado do texto não coincide com o que o autor de fato pretende dizer. Assim surgem novas interpretações e é em virtude da escrita que o mundo do texto se diferencia do mundo do autor. “*O mundo do texto (...) constitui uma nova espécie de distanciamento que poderia dizer-se do real consigo mesmo. É a distanciamento que a ficção introduz na nossa apreensão da realidade*” (RICOEUR, 1989, p.122).

O processo de ligação entre compreensão dos símbolos e a compreensão de si mesmo se dá através da reflexão. “*A reflexão é a apropriação do nosso esforço para existir e do nosso desejo de ser através das obras que testemunham esse esforço e esse desejo*” (RICOEUR, 1988, p.19).

Para que o homem possa se conhecer, faz-se necessário enfrentar as ilusões numa dialética de distanciamento e apropriação. Quando ele se distancia, sai do acidental, chegando ao essencial (RICOEUR, 1988).

À medida que se opera o processo de interpretação, torna-se mais evidente a necessidade de um maior distanciamento com vistas a uma compreensão mais ampla e uma maior aproximação da essência do texto interpretado. Ainda segundo (RICOEUR, 1989, p.6):

Na leitura, a ideia de Ricoeur está voltada para centrar a atenção na interpretação textual refletindo a busca de um modelo onde se interarticulam dialeticamente a verdade como desvelamento (uma ontologia da compreensão) com a exigência crítica representada pelos métodos rigorosos das ciências humanas (a necessidade de uma explicação).

2.2 Família e suas interfaces culturais, históricas

O entendimento acerca do que vem a ser família é complexo e varia em conformidade com a historicidade e a sociedade em que está circunscrita. Identificam-se ao longo da história conceituações e significados atribuídos à família, no concernente à forma de constituição e convivência.

De acordo com Engels (2005), o termo “família” é “derivado de *famulus* (escravo doméstico), significa conjunto dos escravos pertencentes a um mesmo homem. Em sentido mais genérico, Augé (2003) defende que o termo família designa um grupo social que compreende, no mínimo, um homem e uma mulher unidos por laços socialmente reconhecidos e mais ou menos duradouros do casamento, e um ou vários filhos nascidos desta união ou adotados, não implicando necessariamente a coabitação.

Para Horckheimer e Adorno (1956), a família apresenta-se primeiro como relação espontânea e natural que vai se diferenciando até a moderna monogamia. Em virtude desse processo de diferenciação, cria área distinta, que é a das relações privadas.

Em termos amplos, Roudinesco (2003), por sua vez, afirma que família pode significar um conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento e a filiação, ou pela sucessão dos indivíduos descendendo uns dos outros: *genos*, linhagem, raça, dinastia, casa etc.

Outros estudiosos concebem a família como adotada de concepções de transcendência de laços consaguíneos. Nesse sentido, Soifer (1982) argumenta que a família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante espaço de tempo mais ou menos longo e que se encontram unidas ou não por laços de consanguinidade. A família está suscetível a receber influência da sociedade a qual está relacionada, no que concerne à cultura e ideologia particulares, assim como exerce sobre ela influências específicas.

Adota-se a posição de que a família não é formada necessariamente por pessoas unidas por vínculo de consanguinidade. A família é constituída por àquelas pessoas que estão próximas a ela e que exercem influências de diferentes naturezas sobre os membros.

Para Lancetti e Amarante (2007), a família é instituição em constante mutação. Família é antes de qualquer outra definição, conforme Aun (2006), afeto, que pode se manifestar tanto em forma de sentimento como de emoção. Entretanto, há característica bem

peculiar em relação ao afeto que, diferente de outros, recebeu características da conjuntura social e passou a receber forma institucionalizada. A partir de então, cada sociedade passou a ter representação social do que seja família, conformando modelo ideal, porém isso não significa que esse modelo abranja as diversas formas de organizações familiares, nem a mais predominante.

No campo das ciências sociais, Vaitsman (1999) esclarece que há o entendimento da família como sistema de parentesco amplo, constituindo-se a partir de arranjo de relações de consanguinidade (ancestral comum) e alianças (casamento, compadres, agregados etc.). Essa instituição pode ser considerada arranjo das relações afetivo-sexuais, objetivando reprodução física e social de membros.

O termo família, no interior do campo da sociologia da família, tem designado modelos organizativos diversificados, em diferentes épocas e culturas (SARACENO, 1997; SEGALLEN, 1999). Para Segalen (1999), a família constitui-se em instituição em contínua mutação, conjunto de processos.

Compreende-se que a família se configura como primeiro grupo social de relevância ímpar e determinante no processo de constituição das pessoas e no desenho das relações sociais que são construídas e estabelecidas nos diferentes contextos históricos de convivência humana, com pluralidade de significações na vida dos indivíduos. Neste universo, a cultura de cada grupo familiar exerce importante influência na formação das pessoas.

Augé (2003) realiza sistematização da variedade de formatos de famílias, consoante aos tipos recorrentes na literatura clássica sobre família. Distingue três modelos principais de família: elementar, conhecida como nuclear ou restrita, composta ou poligâmica e extensa. A família elementar é formada essencialmente por um homem, sua esposa e seus filhos. Uma pessoa pode integrar simultaneamente duas famílias elementares: uma, a família de origem ou de orientação, como filho e irmão (ou filha e irmã); a outra, a família de procriação ou de reorientação, como marido e pai (ou esposa e mãe).

Augé (2003) interroga, também, sobre a pertinência de se adotar a expressão “família biológica”, partindo do princípio de que família é um fato social e não biológico. Salienta que muitos autores preferem discorrer sobre família conjugal e família consanguínea.

Tais denominações seriam mais apropriadas para enfatizar elementos-chave nas relações de parentesco no modelo nuclear: o casamento e a consanguinidade (real ou fictícia).

A família composta ou poligâmica entendida como resultado do casamento plural, isto é, da poligenia ou da poliandria. Na família composta, as relações entre homem e coesposas e as relações entre estas são administradas por uma rede específica de direitos e obrigações. A família extensa, por sua vez, resulta da extensão, no tempo e por intermédio de laços de casamento, das relações entre pais e filhos. Em sociedade de filiação diferenciada (linear), a família extensa pode coincidir com o grupo formado por membros de um segmento de linhagem (uma linha de filiação ou uma linhagem mínima), os cônjuges e filhos. Em sociedade de filiação indiferenciada (cognática), corresponde, idealmente, ao grupo formado por casal e famílias conjugais de descendentes (AUGÉ, 2003).

Roudinesco (2003) menciona as seguintes fases de evolução da família: a primeira fase representada pela família denominada ‘tradicional’, onde a função estava, acima de tudo, em assegurar a transmissão de um patrimônio. Na segunda fase, a família passou a ser considerada ‘moderna’, tornando-se o receptáculo de uma lógica afetiva cujo modelo se impõe entre o final do século XVIII e meados do XX. E na terceira fase, a partir dos anos 1960, constata-se o aparecimento da família ‘contemporânea’ ou ‘pós-moderna’. Esta família une dois indivíduos em busca de relações íntimas ou realização sexual e se assemelha a uma rede fraterna, sem hierarquia nem autoridade, e na qual cada um se sente autônomo ou funcionando.

Os seres humanos são seres sociais. Desde o início, desenvolvem-se em contexto social e histórico. Para um recém-nascido, o contexto imediato é a família, esta, por sua vez, está sujeita às influências mais amplas e sempre em transformação do bairro, da comunidade e sociedade. A família pode ter significado diferente em épocas e lugares diferentes. Suas características mudaram bastante nos últimos 150 anos (PAPALIA *et al.*, 2006). Do mesmo modo, Engels (1975) enfatiza que a família é um elemento histórico que, em virtude da intrínseca relação com a dinâmica social, se modifica.

A partir das últimas décadas do século XX, Nogueira (2005) destaca o fato de que, sobretudo, a instituição familiar vem sendo afetada por novas dinâmicas sociais, implicando em novos traços e contornos em suas relações.

No que tange ao processo de diferenciação da estrutura familiar, Vaitsman (1999) ressalta que o Brasil não foi uma sociedade homogênea quanto às formas de família. Atualmente, as formas empíricas de famílias correspondem cada vez menos à família conjugal moderna estável e nuclear, modelo que se encontra em crise.

Entretanto, deve-se considerar que a família nuclear teve relevância considerável no processo de formação da sociedade brasileira. Este tipo de configuração familiar difere da tradicional família patriarcal, pois é composta pelo núcleo principal representado pelo chefe da família (pai), sua esposa e os seus descendentes legítimos.

Diante disso, Narvaz e Koller (2005) traçaram percurso histórico das diferentes configurações de família, perpassando pelas comunidades tribais coletivistas, pela família nuclear burguesa e pelas configurações familiares contemporâneas, influenciadas pelos movimentos de transformação social: emancipação da mulher, redimensionamento da sexualidade e questionamento dos valores sociais estabelecidos.

Evidencia-se que, em todas as épocas, os modelos normativos de família preconizados pela sociedade não correspondiam à pluralidade de configurações existentes na realidade social. Esses modelos hegemônicos serviam e ainda servem como instrumento de poder e desqualificação das demais configurações familiares. Hoje, a despeito das influências dos movimentos de transformação social nas diversas configurações familiares, ainda persiste no imaginário social o ideal normativo de família nuclear (PEREIRA; BOURGET, 2010).

Na década de 1970, conforme Segalen (1999), costumava-se discorrer acerca do “enfraquecimento das famílias”, das “famílias em crise” e “famílias desfeitas”. Essas denominações eram estabelecidas a partir dos contrastes com modelos de família ideologicamente concebidos como detentora de “sólidas estruturas”.

O modelo da família ocidental, nas décadas de 1960 e 1970, era de casamento monogâmico, apoiado no parâmetro de casal estável, articulado em torno de papéis sexuais definidos de maneira rigorosamente entre cônjuges. A família era vista como instituição com formato definitivo produzido pela industrialização; a universalização acabaria por ocorrer entre outras civilizações do mundo, à medida que essas fossem se modernizando (SEGALEN, 1999).

As transformações ocorridas em diferentes épocas e momentos históricos impossibilitaram a sustentação de certezas atribuídas à família. Embora estas tenham sido enfraquecidas, no imaginário social, a família ocidental ainda é idealizada a partir do modelo de família nuclear. Assim, é necessário perceber a família em seu movimento de organização e reorganização, evitando naturalização e estigma no que diz respeito às formas e aos arranjos diferenciados (BRASIL, 2004a).

Outro conceito importante que deve ser observado, segundo Lancetti e Amarante (2007) decorre do abandono da ideia de família desestruturada, uma vez que interessa conhecer como a família está estruturada. Logo, faz-se necessário identificar regularidades, líderes e repetições.

Sarti (2005), ao evidenciar novos desafios e configurações da família do século XXI, reflete acerca de novos arranjos familiares do século XXI e argumenta que a ideia de núcleo é ultrapassada, pois a nova configuração familiar ocorre em redes de relações, nas quais interagem os sujeitos, que buscam pela provisão de recursos materiais e afetivos.

No entanto, deve-se considerar a importância da família nuclear, a qual não reside apenas no fato de manter o arranjo doméstico estatisticamente preponderante, uma vez que resulta principalmente no significado simbólico que lhe foi atribuído, convertendo-a em modelo hegemônico, referencial ou ideal de vida doméstica para maioria da população (ROMANELLI, 2003; MIOTO, 2004).

Somado ao padrão de família nuclear que ainda representa o arranjo residencial predominante, identifica-se o surgimento das tendências de organização da família: pluralização das formas familiares; aumento das famílias monoparentais; aumento das famílias com único membro; e surgimento das famílias reconstituídas (SERAPIONI, 2005).

Em conformidade com Vaitsman (2010), a família nuclear ainda constitui arranjo residencial predominante no Brasil, em que o aumento das taxas de divórcio e separação, o crescimento das famílias monoparentais femininas e o das famílias cujo principal responsável é do sexo feminino, acrescentaram ao papel da mulher nas atividades da reprodução doméstica, cada vez mais o da provisão econômica, total ou parcial, da família.

Kaslow (2001), por sua vez, explicita como novas modalidades de famílias: famílias adotivas temporárias; famílias adotivas que podem ser birraciais ou multiculturais;

famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; casais homossexuais com ou sem crianças; famílias reconstituídas depois do divórcio; várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Nos últimos vinte anos, mudanças ocorridas no plano socioeconômico-culturais, pautadas no processo de globalização da economia capitalista, vêm interferindo na dinâmica e estrutura familiar, possibilitando alterações no padrão tradicional de organização. Acrescenta-se, ainda, que no imaginário social, a família seria um grupo de indivíduos ligados por laços de sangue e que habitam a mesma casa. Pode-se considerar a família um grupo social composto de indivíduos que se relacionam cotidianamente, gerando complexa trama de emoções. Entretanto, há dificuldade de se definir família, cujo aspecto depende do contexto sociocultural em que a mesma está inserida (GOMES; PEREIRA, 2005).

Brown (1990) e Gorman (1993) enfatizam que em muitas sociedades o padrão básico de organização social é a família extensa, rede de parentesco de muitas gerações, incluindo pais, filhos, avós, tias, primos e parentes mais distantes, a qual em muitas sociedades, como as da América latina, Ásia, configura-se o padrão básico de organização social. Muitas ou a maioria das pessoas vivem em domicílio de família extensa.

Durante os últimos cinquenta anos, as mudanças aceleram-se, pois uma criança tende a receber considerável quantidade de cuidado de parentes ou de outras pessoas. Se um casal é divorciado, os filhos podem viver com um dos pais, ou podem compartilhar vivências em duas casas. O domicílio familiar pode incluir padrasto ou madrasta e meio-irmãos (ãs), ou ainda o parceiro ou a parceira atual do pai ou da mãe. Há número cada vez mais ascendente de adultos solteiros e sem filhos, pais solteiros e lares de homossexuais masculinos e femininos (HERNANDEZ, 1997).

Estudos acerca da família no mundo contemporâneo indicam alterações na dinâmica familiar, novas configurações familiares, mudanças referentes aos papéis assumidos, tornando as fronteiras de identidades entre os sexos fluídas e permeáveis, com possibilidades de representações. Dentre estas, o homem desempenha o papel de coadjuvante na criação dos filhos e nas tarefas domésticas; a mulher auxilia na economia da família; a valorização do individualismo; as fragilizações dos vínculos afetivos; e o crescimento das intervenções do Estado sobre as famílias (NEGREIROS; FERES-CARNEIRO, 2004; SINGLY, 2007; ANDOLFI, 2002).

As transformações na família não se limitam ao âmbito da estrutura. Modificam-se, também, papéis e relações familiares, que se tornam menos hierarquizados e mais flexíveis. Isto não denota ausência de conflitos e disputas de poder. A autoridade paterna, outrora inquestionável, assim como o lugar de provedor destinado majoritariamente ao homem, é afetada em virtude da progressiva inserção da mulher no mercado de trabalho e por outras conquistas da população feminina. Além de refletirem alterações na divisão sexual do trabalho, as transformações nas relações de autoridade e poder na família expressam tendência social abrangente, no que concerne às relações de gênero e gerações na sociedade contemporânea (TRAD, 2010).

Trad (2010), recorrendo aos estudos de Scott (2007), Carvalho e Almeida (2003) e Berquó, (2000) acerca da realidade brasileira, evidencia que os indicadores sociodemográficos mais recentes apontam para novas tendências. Entre estes indicadores, destacam-se: a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da família típica nuclear, com desenvolvimento de famílias monoparentais (predominando aquelas chefiadas por mulheres) de domicílios formados por ‘não-famílias’, não apenas entre idosos (viúvos), como também entre adultos jovens que expressariam novo ‘individualismo’; o decréscimo progressivo do número de filhos por casal, bem como da proporção de casais maduros sem filhos, aspectos que ocasionam repercussões no tamanho das famílias.

Pereira e Pereira (2004) apud Trad (2010) mencionam que a variedade de formas e arranjos familiares exigiu mudanças conceituais e jurídicas na Constituição e no Código Civil brasileiro no tocante à qualificação de ‘família legítima’. O casamento representava o centro do direito de família, contudo, na legislação atual, abrange outros arranjos: a união formada por casamento, a união estável entre homem e mulher e comunidade de qualquer dos genitores (inclusive de mãe solteira) com dependentes, família monoparental.

A família, segundo Pitta (2001), consiste em instituição social que vem modificando a estrutura no desenvolvimento da história, apresentando finalidades diversas em uma mesma época e lugar. Apesar dos possíveis conflitos, a família, no entanto, é única em seu predomínio no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus seres, sobretudo na infância e adolescência.

No decorrer da evolução histórica, a família, consoante Petrini (2003), permanece como matriz do processo civilizatório, como condição para humanização e socialização das

peessoas. A educação bem-sucedida da criança na família servirá de apoio à criatividade e ao comportamento produtivo desta, quando adulta. A família é a influência para o desenvolvimento da personalidade e do caráter das pessoas.

Kaloustian (2008) salienta que a família ainda é considerada um recinto que propicia a garantia do desenvolvimento e proteção de seus membros, independente dos arranjos familiares ou das formas como vêm se estruturando.

Como intermediadora, a família apresenta contribuições importantes mediante os valores afetivos e materiais no desenvolvimento e bem-estar dos seus membros, além de desempenhar papel determinante na educação formal e informal, pois em seu espaço são incorporados os valores éticos e humanitários, os laços de solidariedade são aprofundados e onde em seu interior são construídas as marcas entre as gerações e observados os valores culturais (KALOUSTIAN, 2008).

Compreende-se que a família se constitui uma matriz de importância capital para o desenvolvimento saudável de seus membros. Ela se configura um universo essencial para o desenvolvimento global de crianças e adolescentes, exercendo influências determinantes em diferentes aspectos e esferas da vida, incluindo-se repercussões importantes nos âmbitos comunitários e sociais.

A família abrange o universo de experiências (real e/ou simbólica) dos seres humanos no decorrer da história. A proximidade com a realidade defronta as pessoas com as próprias questões familiares; toca em assuntos particularmente próximos à experiência pessoal de cada indivíduo e, por isso, são assuntos repletos de significados afetivos e cognitivos. Família remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, amor, ódio, enfim, significado único para cada indivíduo, que, como ser biopsicossocial, está inserido no meio ambiente, integrando a cultura e o grupo social de pertença (GOMES; PEREIRA, 2005).

Singly (2007) apud Silva e Dalmolin (2010) assinalam que o ponto em comum existente entre a família antiga e a contemporânea consiste em contribuir para a função da reprodução biológica e social da sociedade. Ambas buscam manter e melhorar a posição da família no espaço social de uma geração a outra.

Vaitsman (2010) afirma que a família, não importando os arranjos mediante os quais se organiza, continua se configurando o lugar por excelência da socialização,

reprodução e provisão básica dos cuidados das crianças e demais membros. Como instituição, padrões de relações, pode apresentar-se sob diversas formas e passar por distintos tipos e ritmos de transformação, apesar das concepções de políticas e programas.

A família, como expressão máxima da vida privada, continua significando lugar da intimidade, construção de sentidos e expressão de sentimentos, em que se apresenta o sofrimento psíquico que a vida põe e repõe. Processa relações necessárias à socialização dos indivíduos, que assim desenvolvem os sentidos de pertença a um campo relacional iniciador de relações incluídas na própria vida em sociedade. A socialização que opera é processadora da esfera pública (CARVALHO, 2010).

As transformações na família, segundo Trad (2010) não se processam com a mesma intensidade ou têm os mesmos padrões nos contextos sociais. Ao analisar o contexto brasileiro, constata-se a coexistência de padrões tradicionais e modernos de família, seja na comparação entre regiões ou classes sociais, ou mesmo no interior de cada um destes segmentos, os perfis são múltiplos e heterogêneos. Tais características evidenciam, de modo paradoxal a importância estratégica de se incorporar gênero e classe social no estudo de família e a extrema dificuldade de citada tarefa.

Pelo exposto, observa-se que o estudo acerca das famílias e das organizações familiares encontra-se imerso em um contexto caracterizado por sucessivas mudanças nos universos social, cultural e histórico. São diversas as organizações familiares consideradas alternativas: casais homossexuais que adotam filhos legalmente; casamentos com parceiros distintos e com filhos de diferentes uniões; dentre outras configurações.

Acrescenta-se outros fatores que contribuem para dá um caráter de pluralidade às famílias, tais como: redução da natalidade, aumento da longevidade das pessoas, diminuição do tamanho das famílias e aumento do número de idosos na composição familiar.

Considera-se que não há um processo de enfraquecimento da instituição família, entretanto o surgimento de novos modelos familiares, de novas relações entre os sexos, que estão inseridos numa relação mais igualitária, em que nesse contexto, dentre outros aspectos, vislumbra-se o crescimento da inserção da mulher no mercado de trabalho.

Defende-se que as famílias representam uma instituição bastante expressiva no contexto contemporâneo e devem ser concebidas como atores ativos, capazes de oferecer

contribuições bastante valiosas para mudanças sociais. As famílias precisam ser encaradas como protagonistas e não como seres passivos, dependentes dos saberes e das práticas dos profissionais.

Considerando-se a diversidade de processos familiares e as distintas configurações de famílias, às quais expressam perfis, padrões diferenciados e singulares, bem como as relações que vêm sendo desenhadas e estabelecidas entre as famílias e as diferentes esferas da sociedade, tais como Estado, Sociedade Civi e Mercado, configura-se tarefa extremamente complexa para os profissionais que atuam no cenário das políticas públicas, incluindo-se as políticas de saúde, trabalhar com as famílias na contemporaneidade.

Os trabalhadores da saúde precisam de fato adentrar no cotidiano das famílias, a fim de ampliar as percepções e se apropriarem das situações reais vivenciadas por elas, pois assim poderão oferecer atenção e cuidados consentâneos às necessidades singulares manifestadas pelos grupos familiares. Os trabalhadores da saúde precisam identificar os fatores de risco, expressos nas dinâmicas familiares, como por exemplo: doenças, desempregos, uso abusivo de álcool e outras drogas, condições precárias de moradia, assim como conhecer os fatores de proteção presentes em cada constelação familiar.

Eles precisam se inserir também em um processo de educação permanente, com potencial para contribuir para a realização de intervenções efetivas capazes de oferecer uma atenção com mais qualidade às famílias assistidas. Devem assumir o compromisso de contribuir para a manutenção dos cuidados necessários às famílias, acionando setores responsáveis para salvaguardar os direitos de direitos de cidadania.

2.3 A família no contexto das políticas: públicas e de saúde

Identifica-se nos últimos anos que a família é uma instituição que vem sendo adotada como referência central no âmbito dos programas sociais. Este fator aponta a importância do seu papel no universo da política social.

De acordo com Alencar (2010, p.134):

[...] As expectativas sobre a família, como espaço propício para reinventar a vida, seja na dimensão material ou moral, se reatualizam nas relações sociais. Pensar família é, sobretudo, remetê-la a processos sociais contemporâneos, pois, antes de tudo, família é uma realidade histórica.

Szymanski (2002) menciona que no campo das políticas sociais, a família hoje é vista de distintas formas: beneficiária, parceira e “miniprestadora” de serviços de proteção e inclusão.

No respeitante à expressão “políticas públicas”, segundo esclarece Petrini (2003), indica ações e intervenções planejadas por órgãos da administração públicas, isso é, por aparatos burocráticos, em benefício daqueles que o Estado reconhece como sujeitos de direitos de cidadania. Tais ações, em geral, são executadas por órgãos do governo, nos diferentes níveis, federal, estadual e municipal. Outras instituições poderão ser convidadas a participar como parceiras dessas ações.

Carvalho (2010) esclarece que no final do século XX, nos países desenvolvidos, a oferta de bens e serviços, proporcionada pela efetivação de políticas públicas universalistas pareceu dispensar a família no desenvolvimento do indivíduo. Nesta perspectiva, a família poderia ser substituída por um Estado assegurado dos direitos dos cidadãos. Além disso, nos países centrais, assim como nos países da periferia capitalista, a família volta a ser pensada como corresponsável pelo desenvolvimento dos cidadãos.

A história da família como objeto de atenção das políticas públicas é recente. Anteriormente, as famílias eram alvo de iniciativas caritativas de cunho religioso e aspectos moralizantes. Em âmbito mundial, o interesse pela atuação familiar foi retomado com a escolha do ano de 1994 como o Ano Internacional da Família pela Organização das Nações Unidas (ONU) (PEREIRA; BOURGET, 2010).

Ao recorrer aos estudos de Martin (1995), Evers (1993) e Carvalho (2010), tem-se em evidência a ideia de que toda política baseia-se principalmente no reconhecimento dos direitos dos cidadãos, contudo a democratização do Estado, a participação da sociedade civil, a escassez de recursos, dentre muitos outros fatores presentes no mundo contemporâneo, introduziram novas lógicas em sua conformação. Entre estas, destacam-se a composição de meios e recursos mobilizáveis junto ao Estado, a própria sociedade civil, o mercado e mesmo aqueles recursos derivados dos micros solidariedades originários nas famílias e organizações do microterritório.

Uma expressão dessa lógica, segundo Carvalho (2010), encontra-se na consolidação de parcerias público-privadas para operar serviços e programas sociais públicos. Mas, os valores sociopolíticos presentes na sociedade contemporânea influenciam a gestão

das políticas que podem se apresentar como: gestão pública descentralizada, democrática, partilhada e instituinte de mecanismos de participação na decisão, implantação e controle do desempenho das políticas públicas.

Há projetos ancorados na lógica da cidadania, com clara direção em favor de ações integradas em torno do cidadão e do território, como eixos de desenvolvimento sustentável. Por isso mesmo, a política pública introduz novos arranjos multi e intersetoriais com vistas a atender demandas de atenção integral e produzir maior efetividade em seus resultados (CARVALHO, 2010).

Foco e envolvimento do microterritório, mudança que representa deslocamento importante de perspectiva dos serviços públicos básicos, podendo refletir-se em comprometimento maior com as demandas da comunidade e na participação e construção coletiva de habitantes. Observa-se, assim, nova valorização do território e de suas populações como portadoras de identidades, saberes, experiências e projetos de futuro que precisam ser reconhecidos no fazer dos serviços (CARVALHO, 2010).

Verifica-se em marcha deslocamento de relevância: os serviços públicos devem acolher a comunidade territorial, flexibilizando rotinas e processos que melhor atendam às demandas. Na cultura de gestão tradicional, os compromissos são setoriais. Nesse novo modo de gestão, os compromissos voltam-se à comunidade territorial. Por isso, os serviços na ponta ganharam margem fundamental de autonomia para produzir respostas assertivas, flexíveis e combinadas, de direito dos cidadãos e de direito ao desenvolvimento sustentável do território a que pertencem (CARVALHO, 2010).

Outro deslocamento igualmente importante, destacado por Carvalho (2010), refere-se à perspectiva de se revelarem e afirmarem potências e desejos da população, em detrimento de políticas e práticas centradas nas vulnerabilidades e nos riscos sociais, resquícios da cultura política tutelar reinante no país. Soma-se, a essa perspectiva, a humanização da prestação dos serviços públicos.

Como reflexo dessas novas lógicas, família e comunidade, segundo Carvalho (2010) alcançam centralidade na política social. Os serviços públicos básicos estão combinando modalidades de atendimento ancoradas na família e comunidade.

Carvalho (2010) adverte, ainda, que atualmente, famílias e políticas públicas desempenham funções similares: visam abranger a reprodução e proteção social dos grupos que estão sob sua tutela. Se nas comunidades tradicionais a família se ocupava quase exclusivamente dessas funções, nas sociedades contemporâneas esse papel é compartilhado com o Estado pela via das Políticas Públicas.

A pertinência de se tomar a família como centro de políticas sociais, sobretudo aquelas voltadas para prevenir, reduzir ou mesmo superar desigualdades e vulnerabilidades, não é consensual. Este tipo de abordagem costuma ser questionado pelo menos a partir de duas perspectivas. A primeira, associada à crítica às políticas focalizadas e à retração do papel do Estado na provisão da proteção social; a segunda, associada à ideia de controle do Estado sobre a família (VAITSMAN, 2010).

Vaitsman (2010) argumenta que dúvidas e ambiguidades estão presentes nas políticas e na reflexão teórica a seu respeito. É preciso a intervenção do Estado, porém deve-se manter a autonomia das famílias e dos sujeitos.

Entre as classes populares, sobre as quais incide a maioria das políticas que têm a família como foco, e sobretudo entre segmentos mais pobres e vulneráveis, as mulheres permanecem como centrais na organização familiar, principalmente quando há crianças e idosos no domicílio. Uma grande variedade de arranjos domésticos e extra domésticos, nucleares ou não, envolvendo redes de parentes e vizinhos, produzem relações envolvendo diferentes gerações, graus de parentesco e aliança que funcionam ao mesmo tempo como modos de lidar com a geração de renda e a reprodução doméstica. O entendimento da interseção entre padrões de gênero, classe e cultura constitui base necessária para a proposição de políticas e programas potencialmente mais efetivos em diferentes contextos sociais (VAITSMAN, 2010).

As políticas que têm a família como foco, não são imunes a estas concepções, mas tampouco atuam em tábula rasa. No Brasil, as políticas de proteção social e saúde que emergem com a Constituição de 1988 apontam na direção dos direitos individuais e sociais, bem como no reconhecimento da diversidade. Esse arcabouço normativo e institucional orientou, nas décadas de 1990 e 2000, a formulação e implementação das novas estratégias com foco nas famílias (VAITSMAN, 2010).

A realidade recente vem mostrando que no campo da saúde, como em outros setores sociais, estratégias voltadas para populações vulneráveis ou grupos específicos passaram a se integrar a sistemas e políticas universais (VAITSMAN, 2010).

Situações vividas pela família ou por alguns dos membros em distintos momentos do ciclo de vida surgem como mais um dos desafios colocados ao mesmo tempo para a teoria e formulação de políticas e programas. Relações entre variáveis, como gênero, cor, idade, escolaridade, fecundidade, renda, composição e ciclo de vida da família etc. devem ser incorporadas na formulação e implementação de diferentes tipos de intervenção sobre as condições e oportunidades de vida dos membros da família (VAITSMAN, 2010).

De qualquer forma, tomar a família como objeto da política pública aponta na direção da ruptura da lógica disciplinar e setorial, pois, sobre uma mesma família, acontecem fenômenos de diferentes tipos. Sobre estes fenômenos, a influência das políticas e as abordagens setoriais e disciplinares são limitadas. Cada vez se torna mais evidente que as ações do setor saúde não conseguirão, isoladamente, agir sobre problemas que extrapolam âmbito e possibilidades de intervenção. As possibilidades de superação das várias formas de vulnerabilidades e agravos em saúde dependem do acesso a um conjunto mais amplo de direitos sociais e a uma rede de serviços públicos intersetoriais (VAITSMAN, 2010).

Vaitsman (2010) adiciona que há, dessa maneira, pelo menos duas ordens de problemas quando se aborda a relação entre família e políticas públicas. A primeira pertence ao âmbito da formulação dos programas, das decisões sobre objetivos, público-alvo e elegibilidade de beneficiários e, conseqüentemente, das possibilidades de acesso às políticas e aos programas. A segunda, metodológica, pertence ao âmbito da implementação dos programas e das ações, das práticas dos profissionais da ponta. Em ambas, a definição de família é decisiva.

As transformações vivenciadas pela família ao longo da história alimentaram o debate quanto à vitalidade ou debilidade como instituição social e parecem ter contribuído para incrementar o interesse sobre o tema. A família, progressivamente, confirma-se como importante objeto de estudo de natureza interdisciplinar. No contexto brasileiro, à medida que a família ocupa função central em programas sociais, incluindo a esfera da saúde pública, amplia-se, também, a visibilidade política (TRAD, 2010).

Trad (2010) afirma que o debate acerca das transformações sociais que incidem sobre a família contemporânea e as especificidades deste processo no contexto brasileiro se reveste de valor estratégico no campo da saúde na atualidade. Nas últimas duas décadas, o enfoque familiar vem sendo adotado como eixo norteador de políticas e programas de saúde pública brasileira, particularmente no âmbito da atenção primária. Constatase, contudo, a ausência ou imprecisão de um marco conceitual sobre família nesta política e nas ações que a integram.

Os desafios que o objeto família impõe, seja na construção de modelos teóricos ou no plano metodológico, estimulam perspectivas flexíveis nas análises e conceituações desta categoria. Focalizando, de modo particular o tema da família no campo da saúde no Brasil, considera-se especialmente oportuno adotar estratégias que integrem acepções disciplinares diversas, a exemplo da história, demografia, sociologia, antropologia e psicologia. Esta posição se apoia na compreensão de que a família ou o mundo familiar se renova a partir de trajetórias, condições e dinâmicas macro e micro estruturais, relações sociais e afetivas, padrões culturais, subjetividades e intersubjetividades (TRAD, 2010).

A família, como qualquer instituição social, possui historicidade, assim como teorias e conceituações que tentam descrevê-la ou definir o papel social. Tais visões repercutem diretamente no dia a dia da atuação de serviços que têm a família como público-alvo. As definições e classificações sobre família podem repercutir também na adoção de abordagens inclusivas ou seletivas e no tipo de suporte que se provê. A concepção que se adote de família orienta os agentes a reconhecer um horizonte, seja acreditando em suas potencialidades, seja observando-as como desorganizadas e incapazes de gerir seu futuro (BRASIL, 2004a).

Estudos de Gutierrez e Minayo (2010) oferecem conteúdos relevantes para se pensar os cuidados da família nas esferas da responsabilidade das famílias e dos serviços de saúde. Enfatizam a necessidade de observação atenta e criteriosa que propicia a percepção de que os “cuidados da saúde” são produzidos em pelo menos dois contextos distintos interrelacionados: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família.

No que tange à rede oficial, esta incorpora o saber biomédico-científico, as tecnologias terapêuticas modernas, e conta com amplo reconhecimento como agência

produtora de cuidados. A rede informal, por sua vez, a qual tem na família seu principal personagem, não dispõe de tanto prestígio. No entanto, é no âmbito da família e por esta que são produzidos os cuidados essenciais à saúde. Estes englobam as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e abrangem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas) (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Gutierrez e Minayo (2010) instigam, ainda, reflexão acerca da visível indiferença dos serviços quanto ao papel que a família desempenha na produção de cuidados, a qual como argumentam pode ser entendida como decorrente do processo de colonização a que a área da saúde foi submetida pelo saber médico.

Conforme o pensamento positivista, houve redução da concepção de saúde à mera “ausência de doença” e os cuidados assumiram a forma de “ações e procedimentos técnicos” informados pela ciência biomédica e descolados do mundo vivido (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498).

Leite e Vasconcelos (2006) advertem que a família é a primeira instância cuidadora dos doentes, de modo que parte dos sintomas e episódios é tratada sem o conhecimento da rede oficial de serviços de saúde.

Gutierrez e Minayo (2010) referem que a família é uma instituição onipresente no tempo e no espaço na história da humanidade que é naturalizada e tomada como um “dado” que não requer definição. Nela, não se reconhece a pertinência de procedimentos técnicos, pois há o costume de tratá-la como espaço de afeto, espontaneidade e interações. Dessa maneira, o papel da família na produção da saúde fica subsumido ao espaço de intervenção médica que ocorre em instituições e serviços de saúde. Logo, urge assumir a tarefa de contribuir com o objetivo de descolonizar esse território, despertando para os modos como a família produz cuidados indispensáveis e específicos para a saúde e investigando como esses cuidados se somam aos produzidos pela rede de serviços, por vezes superando-os em importância.

Para Kaplan, Sadock e Grebb (2007), não há como se desvincular o indivíduo do meio em que vive, pois a família como grupo atua nas linhas da prevenção, da tolerância e da correção dos problemas de saúde. Assim, não se pode separar a doença do contexto familiar e

por ser um elemento imprescindível, a família deve ser compreendida como aliada da equipe de saúde, atuando como recurso na promoção do conforto, para que o paciente adquira confiança e, deste modo, invista na recuperação.

A solidariedade familiar e serviço coletivo são duas dimensões que se complementam e não se substituem mutuamente. Consoante Carvalho (2002), a proteção e relação ancorada pela família, em particular daquela em situação de pobreza e exclusão, somente é passível de otimização se esta receber atenções básicas.

Concorda-se com Waidman (2004) quando afirma que trabalhar com a família não é tarefa fácil. Exige análise acurada do contexto socioeconômico e cultural em que a mesma esteja inserida, analisando representações diante da sociedade, conhecendo a realidade de forma a desvendar o entendimento em família para que o conhecimento se funda à prática, de maneira a superar limites e possibilidades para a concretização das propostas.

Szymanski (2002) enfatiza que cada família circula em um modo particular de emocionar-se, criando cultura familiar própria, composta por códigos, com sintaxe própria empregada para comunicar-se e interpretar comunicações, com regras, ritos e jogos. Além disso, deve-se também considerar o universo pessoal de significados que são expressos através de ações que são interpretadas em contexto de emoções entrelaçadas com o crivo dos códigos pessoais, familiares e culturais mais amplos: emocional singular e universo pessoal de significados.

Melman (2002) salienta que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família. A família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento.

Lidar com a família da pessoa como um todo se configura tarefa complexa. Neste sentido, exigem-se habilidades, como o reconhecimento da dinâmica familiar, ideologias, lideranças etc., bem como identificação do doente e da doença como representação para o contexto familiar, os fatores de integração ou desintegração, de ansiedade ou tranquilidade, de “necessidade” ou “exclusão”. É primordial que a equipe de saúde busque estabelecer contato com os familiares desde o momento da internação, esclarecê-los sobre as particularidades do seu parente doente e da evolução, responsabilizando-os também na condução do caso,

mantendo-os preparados no enfrentamento de prováveis eventualidades. Isto funciona como profilaxia de crises família *versus* instituição (MELLO FILHO, 2002).

Recorrendo aos estudos de Bilac (2002), os estudiosos Gutierrez e Minayo (2010) mencionam que ao se direcionar o olhar para os cuidados da saúde a partir das relações entre políticas sociais e funções atribuídas à família no âmbito da cultura, observa-se relação assinalada por relevantes flutuações. Historicamente, no modelo do Estado de bem-estar, houve esvaziamento das funções familiares com transferência de atribuições para outras instituições sociais.

Gutierrez e Minayo (2010) identificam a responsabilidade dos governos, o “dever do Estado”, apresentado em segundo grau de importância o papel dos indivíduos. Em sentido contrário, as propostas neoliberais, as quais preconizam o Estado mínimo, apresentam a tendência de devolver à família e aos indivíduos a responsabilização pela educação, saúde e segurança. Essa prerrogativa, no caso da esfera da saúde, é retomada na Carta de Ottawa.

A Organização Mundial de Saúde defende que documento citado é essencial para orientação da promoção da saúde. Neste contexto, os ministros da saúde reunidos pela Organização Mundial de Saúde, em 1986, elucidaram o papel insubstituível das políticas públicas, e evidenciaram também a valorização dos vários atores na construção dos cuidados e da qualidade de vida, com ênfase na adesão dos sujeitos a esses processos (OMS, 1986).

Carvalho (2003) compara a similaridade de papéis entre o Estado e a família, pois ambos: regulam, normatizam, impõem e defendem direitos de propriedade, poder, deveres de proteção e de assistência. E, produzem redistribuição de bem-estar e recursos. Assim, evidencia-se a centralidade da família nas políticas públicas.

Acrescenta-se que a família na contemporaneidade está imersa em um contexto caracterizado por desafios de diferentes magnitudes, dentre estes, destacam-se a condição de pobreza, violência intra e extrafamiliar, uso e dependência de drogas, etc,. Estas situações atingem implacavelmente as famílias e exercem papel constante no processo de redefinição de laços familiares.

Evidencia-se assim na atualidade que a família ocupa inegavelmente um lugar central nas políticas públicas, dessa maneira, no respeitante ao universo da saúde, entende-se que para a família cumprir o seu papel de provedora, ela precisa contar com recursos

institucionais e impreterivelmente com a atenção e apoio dos trabalhadores da saúde. Estes precisam ter a clareza sobre as estruturas familiares singulares, bem como conhecer os valores, crenças, manifestações culturais, religiosas, representações e demais aspectos das famílias para que possam oferecer intervenções e cuidado de qualidade.

Compreende-se que lidar com a família contemporânea significa enfrentar questões bastantes complexas e apreender realidades em processos de constantes transformações. Os trabalhadores da saúde necessitam entender a constituição familiar, a partir de olhares atentos e críticos sobre os aspectos diversificados e problemas de natureza cultural, social, econômico, ético e político que transversalizam os contextos nos quais a família está inserida.

2.4 Perfil da família brasileira

Tomando-se como fonte os dados do IBGE (2010), descreve-se a seguir aspectos relacionados ao perfil das novas características das famílias brasileiras:

De acordo com os dados do censo, apreende-se um contexto caracterizado pelo crescimento de uniões informais, casamentos inter-raciais, separações e divórcios.

Pouco mais de um terço dos brasileiros que vivem algum tipo de união conjugal não formalizou o casamento no civil nem no religioso. A chamada união consensual foi a única que teve crescimento na década, passando de 28,6% para 36,4%. A proporção de pessoas casadas no civil e no religioso, no mesmo período, caiu de 49,4% para 42,9% na década.

Mudanças demográficas, como queda da taxa de fecundidade, econômicas, crescimento da mulher no mercado de trabalho, e legais, como a diminuição na burocracia para o divórcio, também contribuíram para mudanças no perfil das famílias brasileiras. A proporção de divorciados quase dobrou em 10 anos, passando de 1,7% da população para 3,1%. Os casados caíram de 37% para 34,8%. Com as mulheres tendo menos filhos e mais tarde, houve um aumento das famílias formadas por casais sem filhos, que passaram de 15% para 20,2%. Mas o arranjo familiar mais comum continua a ser o de casais com filhos: 55%. Em 2000, eram 63,6% das famílias.

Do total de 27,4 milhões de casais com filhos, um sexto (16,3%) vive com enteados, além de filhos, ou só com enteados. Esses casais formam o que o IBGE denomina de “famílias reconstituídas”. Outro dado importante revelou que a maior parte dos 60 mil casais gays (53,8%) são formados por mulheres. Do total de pessoas que declararam ter cônjuges do mesmo sexo, 47,4% se disseram católicas e 20,4% sem religião. Pouco mais de um quarto (25,8%) tinha curso superior completo, índice bem superior à média nacional, de apenas 8,3%. Por causa da maior inserção da mulher no mercado de trabalho, cresce a proporção de casais em que os dois cônjuges têm renda. Em 2010, 62,7% dos casais tinham renda do marido e da mulher. Eram 41,9% em 2000.

No que concerne às uniões, o censo de 2010 revelou que mais de um terço das uniões no Brasil são consensuais. Este tipo de relacionamento aumentou de 28,6%, em 2000, para 36,4% do total, no último levantamento. O número de casados caiu de 37% para 34,8% entre 2000 e 2010. O percentual de divorciados quase dobrou no mesmo período, passando de 1,7% para 3,1%. 69,3% dos brasileiros escolhem parceiros da mesma cor ou raça. Esse comportamento é mais forte dentre os grupos de brancos (74,5%), pardos (68,5%) e indígenas (65,0%)

No concernente à chefia do lar, o percentual de famílias chefiadas por mulheres (reconhecidas como responsáveis pela casa) no país passou de 22,2% para 37,3%, entre 2000 e 2010.

No que diz respeito às condições de vida, 52,5% dos domicílios são considerados adequados (contra 43,9% em 2000), ou seja, contam com abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral ou fossa séptica, coleta de lixo direta e indireta e até dois moradores por dormitório.

No concernente à taxa de fecundidade (média de filhos por mulher) caiu de 2,38 em 2000 para 1,90 – abaixo da taxa de reposição da população (que é 2,1), o que acelera o envelhecimento médio dos brasileiros.

A proporção de casais sem filhos aumentou entre 2000 e 2010, passando de 14,9% para 20,2% do total.

2.5. Política nacional de assistência social e rede de proteção social de sobral

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é um sistema constituído pelo conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios no âmbito da assistência social prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e de maneira complementar com organizações da sociedade civil (BRASIL, 2004).

Possui como uma das diretrizes para a organização da Assistência Social, de acordo com o disposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de Governo.

No que concerne aos princípios e diretrizes do SUAS (BRASIL, 2004), evidenciam-se:

Universalização do sistema: mediante a fixação de níveis básicos de cobertura dos benefícios, serviços e ações de assistência social para o território nacional;

Territorialização da rede de assistência social: oferta de serviços baseada na lógica da proximidade do cidadão; localização dos serviços nos territórios com maior incidência de vulnerabilidades e riscos sociais para a população;

Descentralização político-administrativa com vistas a garantir a municipalização e o comando único em cada esfera de governo;

Gradualismo na implantação do SUAS: respeitando as diferenças regionais, locais e de organização de gestão dos municípios;

Padronização dos serviços de assistência social: nomenclatura, conteúdo, padrão de funcionamento para todo o território nacional;

Organização do SUAS: através da integração de objetivos, ações, serviços, benefícios, programas e projetos em rede hierarquizada;

Garantia da proteção social: que não submeta o usuário ao princípio da tutela, mas à conquista de condições de: autonomia, sustentabilidade, protagonismo, ter acesso a

oportunidades, a serviços, a benefícios, a condições de convívio e socialização, de acordo com sua capacidade, dignidade e projeto pessoal e social;

Articulação institucional de ações e competências com demais sistemas de defesa dos direitos humanos, especificamente aqueles em defesa de direitos de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres e de proteção às vítimas de exploração e violência social, sexual e familiar e adolescentes ameaçados de morte;

Articulação institucional de ações e competências com o SUS, destacando-se a integração dos serviços complementares destinados aos cidadãos em risco pessoal, vítimas de drogadição, violência, com deficiência, em idade avançada, com problemas de saúde mental e abandono, em qualquer momento do ciclo da vida e associado à vulnerabilidade pessoal, familiar e ausência de autonomia;

Articulação institucional de ações e competências com o sistema de justiça: para garantir proteção especial a crianças e adolescentes: nas ruas; em abandono; com deficiência; sob decisão judicial de apartação de pais e parentes, por ausência de condições familiares de guarda; aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto para adolescentes;

Disponibilização de sistema de informação: sobre o funcionamento dos serviços; organização da construção da rede socioassistencial e organização da construção da rede de trabalhadores da assistência social.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) propõe a organização dos serviços, programas, projetos e benefícios do sistema descentralizado e participativo de Assistência Social, segundo as seguintes referências (BRASIL, 2004):

Vigilância Social – refere-se à produção, sistematização de informações, indicadores e índices territorializados das situações de vulnerabilidade e risco pessoal e social, que incidem sobre famílias e indivíduos;

Proteção Social – visa garantir a segurança de sobrevivência; de rendimento; de autonomia; a segurança de convívio ou vivência familiar; e a segurança de acolhida;

A defesa social e institucional dos serviços socioassistenciais deve garantir aos seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais e sua defesa.

O sistema de proteção social para os cidadãos apresenta três níveis: básico, especial de média complexidade e especial de alta complexidade (BRASIL, 2004):

A proteção social básica, primeiro nível de proteção social no SUAS: destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social.

Os programas, projetos e serviços têm caráter preventivo e devem ser executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), e em outras unidades básicas e públicas de Assistência Social. Tem centralidade na família, com o objetivo de assegurar direitos e propiciar a construção da sua autonomia. É desenvolvida em um território, onde são implementados programas e serviços de base local, com caráter de acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade identificada.

O CRAS é também conhecido como “casa das famílias. Trata-se de uma unidade pública estatal, de base territorial. Localiza-se em áreas de vulnerabilidade social e se constitui em porta de entrada para a rede de serviços.

No CRAS são realizados especificamente: a execução de serviços de proteção social básica, a organização e coordenação da rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social, as orientações e os encaminhamentos para a rede de proteção social básica e especial e para as outras políticas sociais.

O CRAS é responsável pelo desenvolvimento do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), principal ação da Proteção Social Básica, do Sistema Único da Assistência Social.

No concernente à proteção social especial, esta reúne um conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo: a reconstrução de vínculos familiares e comunitários; a defesa de direitos; o fortalecimento das potencialidades; a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 2004).

No contexto da proteção social especial, o atendimento está voltado para famílias e indivíduos que se encontrem em situação de: trabalho infantil; abandono; violência física

e/ou psicológica; abuso ou exploração sexual; cumprimento de medidas socioeducativas; situação de rua; outras violações de direitos.

Acrescenta-se que a proteção social especial, apresenta os seguintes níveis de proteção: média e alta complexidade. A média complexidade destina-se ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social; com direitos violados; com a preservação de vínculos familiares. A alta complexidade atende às famílias e indivíduos em situação de risco, necessitando de atendimento fora de seu núcleo de origem; abandono, sem referência familiar; com rompimento de vínculos familiares (BRASIL, 2004).

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) se configura uma unidade pública estatal de referência para os serviços de proteção especial. Ele coordena e opera a referência e a contra-referência com a rede de serviços socioassistenciais, demais políticas públicas; oferta orientação e apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias com direitos violados; tem a família como foco de suas ações, na perspectiva de potencializar sua capacidade de proteção e socialização de seus membros (BRASIL, 2004).

O CREAS na instância da média complexidade se constitui em serviço: de proteção especial a indivíduos e famílias; especializado em abordagem social em espaços públicos; proteção social aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida e ou de prestação de serviços à comunidade; especializado na atenção às pessoas em situação de rua; dispositivo de apoio ao processo de habilitação e reabilitação.

No âmbito da alta complexidade, o CREAS se constitui em serviço de: acolhimento; dispositivo de acolhimento em família acolhedora e de proteção em situações de calamidade pública e de emergências.

A Política de Assistência Social do Município de Sobral está ancorada na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004). Em 2013 será gerida pela Secretaria de Trabalho, Ação Social e Combate a Pobreza que avançará seguindo as instruções do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome que orienta que os municípios brasileiros tenham secretarias próprias para gerir a política de Assistência Social. Até o ano de 2012 o município de Sobral não contava com secretaria específica para a Assistência Social, a qual era gerida pela Fundação de Ação Social do Município (FASM) que já tinha estruturado toda a rede de proteção social.

Dentro do que é preconizado pelo SUAS e Política Nacional de Assistência Social, Sobral tem estruturado sua rede de proteção social baseando-se nos dois níveis de proteção: proteção social básica, proteção social especial: de média e alta complexidade.

No que concerne à estruturação da rede de proteção social básica, tem se organizado segundo uma territorialização baseada na divisão das famílias inscritas (atualmente 30.621 famílias) no Cadastro Único do Município, que mantém registro atualizado de todas as famílias em situação de risco social do município, totalizando atualmente 114.906 pessoas cadastradas (SOBRAL, 2012).

Dessa forma, 06 centros de referência da assistência social – bases para o desenvolvimento das ações, foram distribuídos da seguinte maneira: CRAS Irmã Osvalda (bairro alto da Brasília) e anexo - Florinda Nise no bairro da expectativa; CRAS Mimi Marinho (bairro Dom Expedito) e anexo no Parque Santo Antônio; CRAS Dom José (bairro Dom José); CRAS Regina Justa (bairro Vila União); CRAS Jaibaras e CRAS Aracatiaçu .

O município conta com um restaurante popular que oferece um total de 1.200 refeições diárias, contribuindo assim para a segurança alimentar e nutricional, beneficiando a população na cidade, distritos e de cidades circunvizinhas. Idosos, estudantes, moradores e trabalhadores compõem a maioria da clientela. De forma indireta também beneficia famílias da zona rural através do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA), de onde provém grande parte dos alimentos comprados pelo restaurante.

No Programa Bolsa Família são beneficiadas aproximadamente 18.684 mil famílias, às quais são priorizadas nos atendimentos das políticas sociais das três esferas de governo. Acrescenta-se que as famílias beneficiadas pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC) recebem um valor de um salário mínimo de referência. Estes dois programas são os maiores na transferência direta de renda do governo federal (SOBRAL, 2012).

No que concerne à proteção social especial de média complexidade, o município dispõe dos seguintes serviços: CREAS, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); projeto vida nas Tias da cultura em parceria com caritas diocesana; Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); projeto catavento (voltado para abordagem social às pessoas em situação de rua).

O CREAS articula, coordena e opera a referência e contra referência com a rede de serviços socioassistenciais, sistema de justiça e demais políticas públicas. Oferta orientação e apoio especializado e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados. O foco é a família, e as ações são realizadas na perspectiva de potencializar sua capacidade de proteção e socialização de seus membros.

Quanto ao público atendido pelo CREAS, destaca-se: crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual; vítimas de violência intrafamiliar; inseridas no PETI, com dificuldade de cumprimento das condicionalidades; situação de mendicância; sob medida protetiva ou pertinente aos pais ou responsáveis; cumprimento de medida protetiva de abrigo (reinserção social e familiar); cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e após cumprimento (apoio a reinserção); violência contra o idoso; migrante e população de rua; mulheres vítimas de violência; pessoas com deficiência.

No que diz respeito às vítimas de abuso e exploração sexual há atendimento especializado psicossocial; atendimento e/ou orientação jurídica (assessoria jurídica); visita domiciliar, encaminhamentos aos órgãos de proteção.

Quanto às vítimas de violência intrafamiliar, o CREAS é retaguarda do Conselho Tutelar, presta atendimento especializado psicossocial e realiza encaminhamentos para a rede socioassistencial.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil desenvolve ações socioeducativas nos territórios. No que tange ao cumprimento das condicionalidades do PETI acontece a seguinte dinâmica: mapeamento da situação de trabalho infante juvenil; busca ativa em vias públicas; atendimento especializado psicossocial com as famílias e encaminhamentos para a rede socioassistencial e encaminhamento para o serviço de convivência e fortalecimento de vínculo (06 à 15 anos) nos CRAS. Para superação da situação que condicionou a criança a ser engajada no programa, são desenvolvidas ações de cunho profissionalizante para os pais visando sua inclusão produtiva.

No âmbito de enfrentamento de situações de mendicância, existe retaguarda do conselho tutelar (no caso de crianças); atendimento especializado psicossocial e encaminhamentos para a rede socioassistencial; busca ativa nas ruas da cidade através dos educadores sociais do projeto catavento.

Como medida protetiva ou pertinente voltada para os pais ou responsáveis, há retaguarda do conselho tutelar; atendimento especializado psicossocial, assim como são realizados encaminhamentos para a rede socioassistencial.

Quanto ao acompanhamento de medida socioeducativa em meio aberto e após cumprimento: há a retaguarda da vara da infância e juventude; atendimento especializado psicossocial aos adolescentes; encaminhamento e acompanhamento junto a rede socioassistencial; realização de grupos no CREAS com os responsáveis, visando o fortalecimento dos vínculos familiares.

Nos casos de violência praticada contra idosos, as denúncias são averiguadas, disponibiliza-se atendimento especializado psicossocial aos idosos e famílias; além de encaminhamentos para a rede socioassistencial, ao ministério público e/ou delegacia da mulher; encaminhamento e acompanhamento de idosos em unidade de abrigamento; captação e acompanhamento dos cuidadores de idosos, em que as ações estão voltadas para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

No que concerne aos migrantes e população de rua, os casos de denúncia são averiguados. Realiza-se mapeamento da população de rua; atendimento especializado psicossocial; encaminhamentos para a rede socioassistencial; atendimento especializado psicossocial às famílias (quando existentes); encaminhamento e acompanhamento nas unidades: Abrigo e/ou albergue; solicitação de passagens terrestres ou aéreas para retorno às cidades de origem.

Em relação às mulheres vítimas de violência, os casos de denúncias são averiguados e realizados atendimentos especializados de natureza psicossocial. Realiza-se comunicação ao conselho tutelar (nos episódios que envolvem crianças e adolescentes) e ao ministério público e/ou delegacia da mulher.

A proteção social especial de alta complexidade conta com os serviços de acolhimento (abrigo e albergue) e de privação de liberdade (unidade de internação em regime de semiliberdade).

A porta de entrada para o abrigo domiciliar e Abrigo São Francisco é o Conselho Tutelar ou Juizado da Infância e Adolescência. Eles recebem crianças e adolescentes em

situação de risco; com direitos violados; vítimas de violência doméstica, à espera de adoção legal; em situação de rua, migrantes de outras regiões, entre outras situações.

O abrigo domiciliar recebe crianças e adolescentes. O Abrigo São Francisco recebe crianças de 00 à 06 anos de idade. O Abrigo Sagrado Coração de Jesus e Lar Bom Samaritano recebem idosos, sendo o CREAS e ministério público os dispositivos considerados porta de entrada. Nessas unidades é realizado atendimento especializado psicossocial; encaminhamentos para a rede socioassistencial; atendimento especializado psicossocial às famílias; formação em serviço para equipe da unidade de atendimento. Acrescenta-se que o fortalecimento dos vínculos familiares se configura também uma ação contemplada.

Para adolescentes em conflitos com a lei, em que há a determinação para cumprimento de medida socioeducativa, o município com uma unidade de semiliberdade que é gerenciada pelo governo do Estado. Para as crianças e adolescentes abrigados, são oferecidos atendimento especializado psicossocial e ações para o fortalecimento dos vínculos familiares, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária, conforme a Portaria nº 460, de 18/12/07.

Existem ações voltadas para as unidades de atendimento da proteção social básica, proteção social especial e àquelas destinadas às pessoas com deficiência que recebem, por exemplo: orientação para solicitação de benefício da prestação continuada; atendimento especializado psicossocial; encaminhamentos para a rede socioassistencial (conselho tutelar, ministério público, delegacia da mulher, etc). Em relação à criança e ao adolescente, por exemplo, são realizados estudo social para processos de adoção, guarda e tutela solicitados pela Vara da Infância e Juventude (SOBRAL, 2012).

A vigilância social é uma área vinculada à gestão do SUAS que tem como responsabilidade precípua a produção, sistematização e análise de informações territorializadas sobre as situações de risco e vulnerabilidade que incidem sobre famílias e indivíduos, assim como, de informações relativas ao tipo, volume e padrões de qualidade dos serviços ofertados pela rede socioassistencial.

O Controle Social da Política de Assistência Social, está sendo desempenhado pelos conselhos: Conselho Municipal da Assistência Social, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Conselho dos Direitos da Pessoa Idosa, Conselho de Segurança Alimentar e

Nutricional, Conselho dos Direitos da Mulher, Conselho da Pessoa com Deficiência, todos ativos e em pleno funcionamento.

A política da assistência social de Sobral vem evoluindo gradativamente ao longo dos anos, e passou a visualizar uma rede de proteção social mais organizada a partir da constituição do SUAS. Esta mudou a dinâmica de como se constrói uma política social de qualidade e padronizada, respeitando-se as características locais. Houve prejuízos com a descontinuidade de vários bons projetos, que inicialmente eram financiados pela iniciativa privada e posteriormente foram cessados por falta de recursos públicos para mantê-los. Dentre estes, cita-se: projeto fio de Ariadne (para vítimas de violência sexual); vida que te quero viva (apresentava caráter preventivo, educativo, artístico, de politização para adolescentes moradores de áreas de risco); projeto novo rumos (para adolescentes egressos de medidas socioeducativas em conflito com a lei).

Outro fator complicador refere-se ao fato de o município durante muitos anos, não ter contado com secretaria de assistência social própria para gerir a política. Isto ocasionava dificuldades para o gestor responsável, pois este não possuía autonomia para desenvolver projetos e mantê-los, tornando a política de assistência social fragilizada a cada mudança de gestão.

2.6 A relação da assistência em psiquiatria com as famílias das pessoas com transtornos mentais

No respeitante às dimensões de reconhecimentos ou negação e de responsabilidades imputadas pela assistência em psiquiatria às famílias de pessoas com transtornos mentais, identifica-se que vêm apresentando modificações ao longo do tempo.

Os estudos de Silva e Dalmolin (2010) denunciam que historicamente, no modelo de atenção psiquiátrica tradicional, as famílias foram envolvidas de forma incipiente e prestaram apoio também elementar no processo de cuidado de familiares com transtornos mentais. Aspecto explicado, em parte, pela exclusão que abateu os membros, atingindo na maioria das vezes toda a família.

A assistência psiquiátrica, segundo Moreno e Alencastre (2003), foi caracterizada em sua essência pela exclusão da família no acompanhamento do familiar durante a internação psiquiátrica. Havia o entendimento de que uma das causas prováveis para o adoecimento mental residia na negligência das famílias com as questões morais e educação

falha. Assim, o tratamento proposto foi baseado no isolamento social, na vigilância e organização do tempo em instituições psiquiátricas que buscavam, mediante forma rígida, com adoção de normas inflexíveis, propiciar reeducação ao alienado mental. Dessa maneira, a instituição hospitalar deveria garantir ambiente que se balizasse pela disciplina.

Nos tempos de Pinel, valorizavam-se os fatores psicológicos do adoecer psíquico e, conseqüentemente, a família era culpada como causadora da doença, na medida em que era desprovida de controle sobre a educação falha e as paixões infortáveis que acometiam os familiares no seio familiar (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Contudo, ao longo da história, as famílias saíram da cena do cuidado às pessoas com transtornos mentais. Isto ocorreu porque a família sofreu o processo de exclusão por ser encarada como agente causador do problema e, assim, era considerada nociva ao tratamento, principalmente pelas teorias de culpabilização da família na etiologia da doença mental, como as teorias da mãe esquizofrenogênica e a do duplo vínculo, ou ela teve de delegar o cuidado em virtude de não saber como atuar em relação às manifestações de comportamentos do familiar doente, ou mesmo devido à sobrecarga física e emocional sentidas no processo (SILVA; DALMOLIN, 2010; MORENO; ALENCASTRE, 2003; SOARES, 2003).

Pereira e Pereira Júnior (2003) enfatizam que enquanto os manicômios respondiam pelas necessidades de cuidados prestados nesta área, a interação entre instituição, paciente, família e comunidade mostrava-se incipiente. O problema era colocado constantemente em espaço distante, alheio ou desconhecido, o que pode ser interpretado como indicativo do real afastamento frente à consideração do processo saúde/doença, cujos olhares focalizavam apenas a doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto.

No manicômio, a reprodução dos saberes direcionava a delimitação comportamental do modelo de família. O tratamento era baseado na (re) educação moral e em normas de conduta. Logo, a família sofreu o processo de exclusão do acompanhamento à pessoa com adoecimento mental. Ao asilo e poder médico, cabia correção de qualquer tipo de comportamento inadequado (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

O afastamento do convívio social e familiar destacou-se como diretriz determinante da assistência em saúde mental. A história revela que sempre se enfatizou a impossibilidade da família de estar junto, conviver, cuidar do familiar com adoecimento mental. Devido a essa longa trajetória, a transformação e a recriação das relações entre a

família, a sociedade e a pessoa com adoecimento mental se configuram tarefa difícil e complexa nos dias atuais (VIANNA; BARROS, 2004).

Os profissionais de saúde mental, de acordo com Melman (2006), de modo diverso e múltiplo, apresentaram parcela de contribuição mediante a força de referenciais teóricos e ideológicos, os quais exerceram influência na consolidação do lugar da família como culpada pelo adoecimento de seus membros.

Diante do exposto, percebe-se que as famílias, assim como os familiares com transtornos mentais foram vítimas de um sistema de tratamento perverso e excludente que dentre outros aspectos danosos, prejudicou, de maneira implacável, as relações do cuidador com o ser cuidado. Desta maneira, os trabalhadores da saúde devem se manter atentos para não incorrer no fácil equívoco de culpabilizar as famílias, envolvendo-as em um labirinto de culpas e fardos, julgando-as pela falta de protagonismo no cuidado em saúde mental.

Os trabalhadores da saúde devem prioritariamente analisar o tipo de atenção em saúde mental que estão desenvolvendo e se esta apresenta, de fato, a potência para despertar interesse, envolvimento e apoio das famílias, no sentido de estas serem inseridas no cuidado, corresponsabilizadas pelo tratamento de familiares com transtornos mentais, como também estimuladas para serem atuantes em um contexto social mais amplo.

É fundamental estimular o protagonismo das famílias no contexto social. Deve-se ter o cuidado de não encarar a família de maneira passiva no tocante à mudança social, uma vez que se constitui um dos atores sociais que contribuem, segundo as circunstâncias e diferentes graus de liberdade, para a definição de formas e sentidos da própria mudança social. Assim, pode operar mudanças ou contribuir com vistas à transformação do cotidiano de sua comunidade e, unindo-se a outras, pode apresentar influência na alteração de padrões sociais mais amplos (SARACENO, 1997).

Há sentido na posição do Ministério da Saúde (2004a) quando afirma que independentemente da concepção que se tem para compreender a família, cada vez mais, essa instituição vem sendo novamente valorizada pela importância crucial que assume no contexto social.

Nesse sentido, os trabalhadores da saúde precisam se empenhar efetivamente para organizar os serviços de atenção e seus processos de trabalho, mediante valorização da escuta

de qualidade direcionada para famílias, rompendo com formas de cuidar rígidas e burocráticas. A equipe de saúde que atua em diferentes níveis de atenção à saúde precisa incorporar o exercício diário da prática da escuta qualificada a todos aqueles que necessitam de cuidados de saúde.

O cuidado em saúde mental é de responsabilidade, em igualdade de relevância, dos serviços de saúde e das famílias. No entanto, afirma-se que de fato se constitui desafio permanente operar o cuidado integrando a rede oficial de serviços e a rede informal. A família é produtora de cuidados singulares e essenciais para a saúde, assim, gestores e trabalhadores, bem como formuladores das políticas públicas, devem investir de maneira intensiva para o alcance de resultados eficazes com potencial para integrar esses cuidados àqueles produzidos pela rede de serviços do sistema de saúde.

Para Sarti (2005), toda família constitui uma história e cria um discurso sobre si, portanto, trabalhar com famílias requer fundamentalmente possibilitar condições para escuta, com objetivo de identificar os pontos de vulnerabilidade e também os recursos disponíveis.

Os serviços públicos de apoio e atendimento às famílias, capazes de proporcionar escuta empática, rompendo-se com a escuta burocrática e mecânica, quanto à ampliação e qualificação de uma rede de serviços de apoio psicossocial, cultural e jurídico, assim como a inclusão em programas de complementação de renda e de geração de trabalho, são ações capazes de oferecer proteção às famílias para que estas possam ser fortalecidas no papel de proteger (CARVALHO, 2002).

A família se mantém como importante agente de proteção social de seus membros: idosos, doentes crônicos, dependentes, crianças, jovens, desempregados. Porém, não se pode esgotar o potencial protetivo sem ofertar considerável apoio (CARVALHO, 2010).

Nessa perspectiva, é tarefa prioritária compreender como os grupos familiares encontram-se organizados. Conforme Saraceno (1997), é no cerne das relações familiares, tal como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida individual que mais parecem pertencer à natureza recebem o seu significado e através deste são entregues à experiência individual: o nascer e morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação.

Diante do exposto, reitera-se que no universo da atenção em saúde mental, o envolvimento da família é um dos principais aspectos a serem considerados, quando se tem como um dos objetivos principais contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas com adoecimento mental e de seus cuidadores. As famílias devem ser encaradas como agentes terapêuticos e importantes aliadas da equipe e do cuidado. A equipe de saúde mental, além de habilidades técnicas específicas, deve ser capaz de acolher, oferecer apoio terapêutico, conotando porto seguro para familiares. O trabalhador da saúde deve estabelecer com a família relação respeitosa, fundamentada na atenção, escuta qualificada, valorização e no compartilhamento de saberes e experiências.

De fato, pode-se lidar no cotidiano dos serviços com famílias resistentes, intransigentes, não cooperativas, negligentes, em que as condutas apresentam o potencial de ocasionar prejuízos para o tratamento de familiares com transtornos mentais. Em relação a estas, a equipe deve adotar ações mais enérgicas e de cunho pedagógico, motivando a reflexão sobre as atitudes nocivas e as consequências destas. Importante buscar corresponsabilizá-las de maneira coerente, deixando-as côncias das prováveis cobranças legais de seus atos ou omissões. Porém, o trabalhador da saúde não tem o direito de tratá-las de forma arbitrária, autoritária, desrespeitosa e perversa.

Quando a equipe de saúde mental encara a família considerada “problemática” como desafio e assim busca envolvê-la criteriosamente no tratamento, tornando-se receptiva para compreender contexto e histórias de vida, poderá se surpreender positivamente. Pois, o campo tornar-se-á fértil para que trabalhadores da saúde e famílias trilhem caminho propiciador de importantes descobertas, aprendizados compartilhados, com vistas à construção de um novo lugar social para pessoas com transtornos mentais e à conquista de melhorias substanciais na qualidade de vida do grupo familiar.

Em virtude de mudanças nos paradigmas de saúde mental, incluindo-se a desinstitucionalização das pessoas com adoecimento mental, aconteceram alterações fundamentais no respeitante à relação das famílias cuidadoras de pessoas com transtornos mentais. Estas passaram a ter visibilidade na assistência em psiquiatria e a serem reconhecidas como importantes no cuidado em saúde mental.

A atenção reservada à família, segundo menciona Pereira e Pereira Júnior (2003), é recente na história da assistência em psiquiatria. Souza *et al.* (2002) esclarecem que a

inserção das famílias no tratamento à saúde mental começou a ser objeto de discussão na esfera política e entre os trabalhadores de saúde desse campo a partir da década de 1960, em países europeus, e no Brasil, em 1980.

Dessa maneira, a reforma psiquiátrica busca romper com um dos graves equívocos cometidos pelo sistema hospitalocêntrico manicomial, o qual, por excelência, apartou as famílias de seus familiares com transtornos mentais, causando prejuízos de diferentes naturezas. A reforma evidencia a valorização do papel das famílias de pessoas com transtornos mentais como uma das ações prioritárias no cuidado operado sob os moldes da atenção psicossocial.

As discussões/reflexões realizadas no cerne das políticas públicas em saúde mental retiraram as famílias do contexto de invisibilidade e desvalorização e priorizam que estas assumam outro lugar no cuidado em saúde mental.

2.7 Reforma psiquiátrica no Brasil e suas implicações na atenção às famílias das pessoas com transtornos mentais

Na interface dos campos da saúde coletiva e da saúde mental, caracterizados pela diversidade discursiva e pelas práticas a ela associadas, que se insere o processo de reforma psiquiátrica, compreendido como um processo social complexo, a partir do qual se desencadearam modificações em diversas dimensões, tal movimento vem tendo como desfecho a produção de uma nova perspectiva sobre a loucura e suas abordagens (GODOY; BOSI, 2007).

Godoy e Bosi (2007) acrescentam que no Brasil, ao longo das últimas décadas, outro processo com implicações importantes, o movimento de reforma sanitária, apresenta convergência com o da reforma psiquiátrica, constituindo novas práticas no campo da saúde mental desenvolvidas no contexto do SUS. Os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade, os quais se configuram como premissas éticas fundamentais dessa proposta, são compartilhados pelo processo da reforma psiquiátrica, embora apresente também determinadas premissas específicas, destacando-se a desinstitucionalização.

Brêda *et al.* (2005) mencionam que os movimentos das reformas sanitária e psiquiátrica caminham consoante à concepção comum do que se busca em termos de ação e alcance das intervenções de saúde. Estes movimentos, um contido na essência do outro,

marcam a necessidade de mudança paradigmática na construção do conceito de saúde, que transcende acepção materializada na doença para o sujeito em sua inteireza, com toda subjetividade e necessidades múltiplas e complexas.

Sampaio, Moura Fé e Santos (1997) indicam que o Movimento Brasileiro de reforma psiquiátrica, que vem se desenvolvendo e tomou impulso a partir da Reforma Constitucional de 1986 e da criação do SUS, é herdeiro de movimentos anteriores de reforma, de várias concepções político-doutrinárias e da pressão de novas e complexas demandas sociais. Enfatizam que a reforma psiquiátrica brasileira aconteceu mediante atualização e transformação de técnicas e organizações propostas por movimentos desenvolvidos no mundo ocidental, depois da 2ª Guerra Mundial. Entre estes, a Psiquiatria de Setor, francesa, pelos fins da década de 1940, a Análise Institucional, francesa, início da década de 1950, a Comunidade Terapêutica, inglesa, início da década de 1950, a Antipsiquiatria, inglesa, pela década de 1960, as Psiquiatrias Preventiva e Comunitária, norte-americanas, década de 1960, e a Psiquiatria Democrática, italiana, década de 1970.

No plano das iniciativas da sociedade civil, destacam-se importantes marcos brasileiros: a Rede de Alternativas Psi (início dos anos 1970), o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental-MTSM (fim dos anos 1970 e início dos 1980) e o Movimento da Luta Antimanicomial (fim dos anos 1980 e início dos 1990). Os princípios destas experiências estão pautados na atenção psicossocial integrada, no sistema extra-hospitalar de cuidados, na interdisciplinaridade dos serviços, na defesa da contraditória e na polêmica cidadania da pessoa com psicose (SAMPAIO; SANTOS; ANDRADE, 1998).

De acordo com Santos *et al.* (2000), a reforma psiquiátrica brasileira teve considerável influência da psiquiatria democrática italiana. Este movimento questionava a suposta universalidade do racionalismo científico das psiquiatrias, desvelando sua pretensa neutralidade. Neste contexto, emergem, como importantes protagonistas, os usuários com transtornos mentais e familiares, os quais se juntaram a outros atores na reivindicação por alternativas de atenção, espaços e avanços técnicos.

Amarante (1996) esclarece que na Itália, a experiência em reforma psiquiátrica ancora-se na perspectiva social do adoecimento psíquico. Preconiza que se deve colocar a doença em parênteses com vistas a deslocar o olhar para a pessoa. O objetivo do trabalho não é somente técnico e nem apenas clínico. A proeminência é dada ao processo de ‘invenção da

saúde' e de 'reprodução social do paciente'. Importante esclarecer que colocar a doença em parênteses, não significa negar a existência dela.

A reforma psiquiátrica significa mudança do atendimento público em saúde mental, que garante o acesso da população aos serviços e o respeito aos direitos e à liberdade. É amparada pela Lei 10.216/2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e que busca consolidar modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece (BRASIL, 2010b).

A reforma psiquiátrica encontra-se compromissada com a implantação, implementação, ampliação, consolidação e o fortalecimento de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, em todo o país, com prioridade para as regiões com vazios assistenciais, garantindo acesso, acolhimento e tratamento da população, em todos os níveis de assistência: equipe de saúde mental na APS; CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (álcool e drogas) e CAPSi (infantil); Centros de Convivência; Residências Terapêuticas; emergências psiquiátricas, leitos para saúde mental e leitos clínicos para desintoxicação em Hospitais Gerais, atendimento móvel de urgência e demais serviços substitutivos, necessários aos cuidados contínuos em saúde mental (BRASIL, 2010b).

Segundo Amarante (1999), o processo da reforma psiquiátrica deve ser pensado a partir da inter-relação de diferentes fatores que se inter cruzam e se completam. Entre estes, sobressaem quatro aspectos fundamentais, nos seguintes campos:

Campo teórico-conceitual: trata-se do processo de desconstrução teórica e conceitual dos termos dominantes da psiquiatria, como doença mental, cura, terapêutica, saúde mental, alienação, isolamento, e do conhecimento dos objetos e instrumentos definidos no campo psiquiátrico-psicológico;

Campo técnico-assistencial: refere-se à construção de possibilidades materiais para os sujeitos, decorrentes das transformações conceituais configuradas a partir da substituição terapêutica tradicional pela rede de serviços substitutivos, representadas como espaços de trocas e produção de subjetividades, cujo olhar está centralizado na pessoa e não na doença;

Campo jurídico-político: voltado para construção da cidadania dos sujeitos na vida social e coletiva, mediante a revisão de conceitos existentes nas legislações, como doença mental, loucos de todo gênero e psicopatia;

Campo sociocultural: implica na transformação do imaginário social em relação à loucura e sua interface a partir de ações e práticas sociais, objetivando inclusão dos indivíduos considerados “diferentes”.

O processo de reforma psiquiátrica vem avançando, de maneira relevante, no Brasil, entretanto. Nesse cenário fértil, de importantes transformações na atenção à saúde mental, devem-se considerar também outros desafios que se apresentam para consolidação da reforma, merecendo destaque a inserção das famílias no cuidado. A atual política de saúde mental preconiza a atenção em saúde mental psicossocial, desenvolvendo-se em modalidades de atendimento aberto, de base comunitária, repercutindo, de maneira determinante e desafiadora, na relação que o trabalhador da saúde estabelecerá com os usuários e as famílias das pessoas com transtornos mentais.

Em consonância com a efetivação dos pressupostos reformistas, sinaliza-se a modificação do modelo de assistência psiquiátrica, cuja inclusão da família possibilita a esta desempenhar papel ativo no controle social das políticas de saúde (JORGE; PINTO, 2010).

O surgimento de um caso de transtorno mental no cerne familiar figura-se como acontecimento complexo que afeta familiares, pessoa com transtorno mental, inúmeras relações estabelecidas entre eles e as dimensões comunitárias, sociais, entre outros aspectos relevantes.

Configura-se situação complexa o surgimento de um caso de transtorno mental em um dos componentes de uma família. A organização estabelecida e manifestada pelas atitudes comportamentais de seus membros modifica-se, com maior ou menor intensidade, em concordância com o tipo de transtorno e sua duração, a personagem afetada e seu papel na hierarquia familiar e também com os padrões culturais que possui. Crenças religiosas, experiências acumuladas e conhecimentos são mobilizados e misturados com a capacidade psicreativa de cada componente familiar. As resultantes das mencionadas variáveis e, de muitas existentes, constituem-se em fórmulas ou mecanismos de reorganização da família diante da experiência vivenciada (MOURA FÉ, 1996b).

Em face da convivência com a pessoa com transtorno mental, a família sofre a denominada sobrecarga. Logo, deve ser ouvida e acolhida, bem como estimulada pelos trabalhadores da saúde a participar, frequentemente, de discussões dos casos, das propostas de encaminhamentos e superação de dificuldades (BRASIL, 2007a).

Antes de propor assistência, o trabalhador da saúde precisa determinar o estado real das necessidades da família, o alvo dessas necessidades e as estratégias para sua satisfação. Assim, precisa envolver a família na assistência, compartilhar objetivos e metas, estabelecendo diálogo efetivo que possa oferecer dados imprescindíveis ao delineamento de sua atenção (NAVARINI; HIRDES, 2008).

A família é a principal aliada no processo de desinstitucionalização, cuja prioridade é auxiliar o indivíduo com transtorno mental severo a desenvolver potencialidades e fortalecer relações sociais no seu território. Para isso, são necessárias múltiplas intervenções, aproximações e acompanhamentos junto às famílias para que estas busquem informações sobre o transtorno mental e, a partir do suporte psicossocial, favorecer a criação e o fortalecimento de teias sociais de convívio e apoio para estas e seus pacientes. A elaboração de propostas participativas no cuidado em saúde mental está permeada pela instrumentalização consciente e crítica, na formação de ideias sobre as necessidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

Um importante desafio, consoante estudo realizado por Camatta e Sheneider (2009), consistiu em permitir que as famílias ocupassem o papel de protagonistas, junto às pessoas com transtornos mentais e aos trabalhadores da saúde mental, na consolidação de novo modo de cuidar em saúde mental.

Azevedo *et al.* (2009) detectaram a ocorrência de conflitos no grupo familiar desencadeados pelo sofrimento psíquico de um de seus membros e das sobrecargas: emocional, econômica e social causadas por este fenômeno. Nesse contexto, estão associados aspectos relativos a não aceitação da doença, aos encargos socioeconômicos, às negociações dentro e fora do eixo familiar e no seio comunitário, o que caracteriza despontar a harmonia e sustentabilidade das relações familiares, com interferências nas esferas da assistência e de cuidados à pessoa com transtorno mental.

O trabalho desenvolvido por profissionais que atuam em CAPS, em conjunto com as famílias, demanda dos trabalhadores da saúde ação cotidiana, orientação, informação,

esclarecimento, compartilhamento constante de modos de lidar e transformar as diferentes trajetórias de vida. Faz-se necessário trabalhar conjuntamente com a família para evitar o cuidado fragmentado, mediante a continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em espaços sociais possíveis (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Pesquisa realizada por Barros e Jorge (2011) apontou que os trabalhadores da saúde mental precisam enfrentar o desafio de atuar junto às famílias, com vistas a evidenciar possibilidades de convivência domiciliar com familiares em adoecimento mental. As famílias inseridas, em qualquer modalidade de assistência, devem necessariamente ser incluídas no cuidado em saúde mental, porquanto a existência de transtorno mental em família afeta todos os membros e a maneira como vai sendo desenhada a dinâmica familiar.

Compreende-se que as famílias que vivenciam a situação de ter um familiar com transtorno mental demandam a necessidade de apoio, proteção, suporte terapêutico e cuidados para que construam a potência de desempenhar o papel de cuidadoras afetuosas, corresponsabilizadas, implicadas com as especificidades manifestadas pelos familiares. A forma como as famílias estão organizadas, as estratégias utilizadas por ela para cuidar, as fragilidades, potencialidades exigem olhar ampliado dos serviços e trabalhadores de saúde mental.

A equipe deve investir prioritariamente nas potências, capacidades e estratégias de cuidar das famílias. Urge se desvencilhar de ideias preconcebidas, estigmas, preconceitos arraigados, os quais dificultam exploração produtiva na dimensão do cuidado. Torna-se essencial a realização de discussões e reflexões permanentes acerca das modalidades de atendimento prestadas nos serviços comprometidos com o cuidado em saúde mental, mediante exercício de leitura crítica e reflexiva acerca dos desafios a serem enfrentados no cotidiano.

3 CAMINHOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS

3.1 Natureza e tipo de estudo

O estudo acerca das experiências das famílias com usuários atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial em Sobral, não poderia prescindir de uma análise de natureza qualitativa, crítica e contextualizada. Desta maneira, a abordagem metodológica adotada nesta pesquisa é de cunho qualitativo, preconizando a análise hermenêutica na perspectiva de Ricoeur (1990).

Pope e Mays (2009) enfatizam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem este mundo. Busca, assim, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos etc.), em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa.

A pesquisa qualitativa, além de aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, realiza perguntas fundamentais e investigadoras concernentes à natureza dos fenômenos sociais. Um dos aspectos principais refere-se ao fato de que estuda as pessoas em seus ambientes naturais e não em artificiais ou experimentais (POPE; MAYS, 2009).

Minayo (2010) esclarece que o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos.

O método qualitativo permite desvelar processos sociais, ainda, pouco conhecidos, referentes a grupos particulares, ademais propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2010).

A pesquisa é um recorte do projeto - Família e condições crônicas: explorando itinerários terapêuticos, redes socioassistenciais e acessibilidade, aprovado pelo CNPq/CAPES/ - Casadinho.

3.2 Campo de investigação

O trabalho de investigação foi realizado em Sobral, localizada na região noroeste do Estado do Ceará, especificamente no CAPS Geral Damião Ximenes Lopes.

A cidade de Sobral conta com população de 190.724 habitantes (IBGE, 2011). É a quinta cidade mais povoada do Estado do Ceará, sendo a segunda maior do interior do Estado. O município é dividido em treze distritos: Sobral (sede), Aprazível, Aracatiaçu, Bonfim, Caioca, Caracará, Jaibaras, Jordão, Patos, Patriarca, Rafael Arruda, São José do Torto e Taparuaba.

A sede do município é dividida em 22 bairros: Junco, Colina, Várzea Grande, Parque Silvana, Campo dos Velhos, Sinhá Sabóia, Betânia, Dom José, Sumaré, José Euclides F. Gomes, Derby, Pedrinhas, Dom Expedito, Expectativa, Cohab I e II, Alto do Cristo, Domingos Olímpio, Distrito Industrial, Padre Ibiapina, Centro e Coração de Jesus.

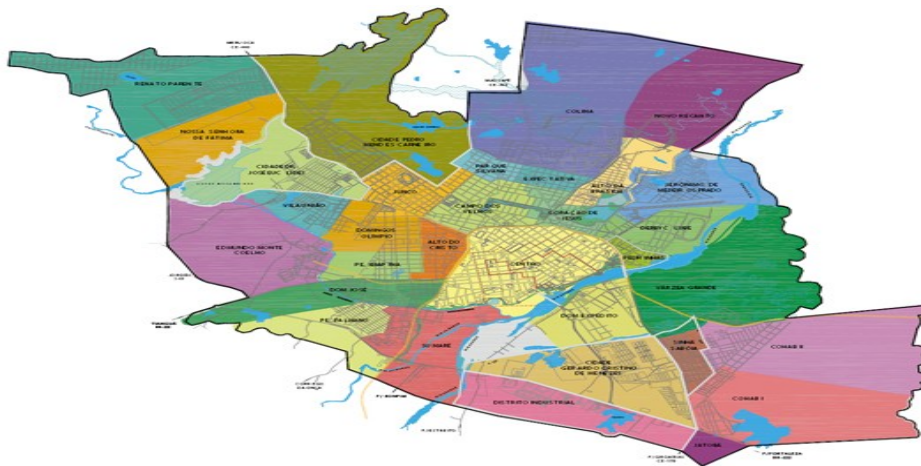


Figura 1 - Distribuição geográfica do município de Sobral por bairros.

O sistema de saúde de Sobral é formado por um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos para atender às necessidades de saúde da população, de abrangência municipal ou regional. Além da disposição de serviços de saúde para atenção primária e secundária, conta com a capacidade da atenção terciária, constituída de serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto

custo, como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia. Garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Assegura, também, tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas, bem como traumatologia e ortopedia (SOBRAL, 2011).

Assim, Sobral se constitui polo para sede da Microrregião de Sobral, formada por 24 municípios e para sede da Macrorregião de Camocim, Tianguá, Crateús, Acaraú. Isto significa que o Sistema de Saúde de Sobral é referência para 55 municípios, abrangendo população de aproximadamente, 1.600.000 habitantes (SOBRAL, 2011).

A gestão do Sistema de Saúde de Sobral, em âmbito local, é de responsabilidade da Secretaria da Saúde e Ação Social, que adota modelo de gestão colegiada, formada por coordenadores de estrutura administrativa para planejamento, monitoramento e avaliação das ações.

Desde 2008, a condição de gestão de Sobral atende aos princípios e às diretrizes do Pacto pela Saúde, com atualização das prioridades, dos objetivos, das metas e dos indicadores de monitoramento e avaliação, pactuados para o biênio 2010 – 2011, definidos pela Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 (SOBRAL, 2011).

Em Sobral, a ESF é a principal proposta para compor a APS e o primeiro espaço de aproximação do usuário com o sistema de saúde. Nos diversos serviços, o processo de educação permanente está se desenvolvendo com a participação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (SOBRAL, 2011).

Os serviços da Atenção Primária à Saúde, além de compreenderem as 48 equipes de ESF, incluem 38 equipes de Saúde Bucal, seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos em 28 Centros de Saúde da Família e cinco unidades de apoio, em áreas compreendidas como territórios, em que, dependendo da localização e do perfil social e epidemiológico da população, acompanham, em média, 600 a 1.200 famílias e garantem cobertura assistencial de 93,4% da população do município (SOBRAL, 2011).

Nesses sistemas componentes da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, insere-se o CAPS Geral Damião Ximenes Lopes, um dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

O CAPS Geral Damião Ximenes Lopes começou a se estruturar em 1998, mediante implantação de ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional. Foi inaugurado em novembro de 1999. Cadastrado pelo Ministério da Saúde, este serviço recebeu a classificação de CAPS II, em 2002. Atende, prioritariamente, pessoas com transtornos mentais severos e persistentes do município de Sobral.

Conta com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo, artesão, entre outros. Funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 8 às 18 horas.

Neste dispositivo, são desempenhadas diversificadas atividades: atendimento individual; atendimento em grupo (grupo de crianças, grupo de convivência, música de vida, grupo de terapia ocupacional, oficinas expressivas, atividades esportivas, atividades de suporte social, entre outros); oficinas geradoras de renda (realizadas em ambientes fora da sede do CAPS), atendimento para família, atendimento psicoterápico, tratamento medicamentoso; atividades comunitárias (utilizando os recursos comunitários, envolvendo pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade); mobilização político-social, apoio matricial para as equipes da ESF.

O CAPS está regulamentado pela Portaria nº 336, GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integra a rede do SUS. Instituído pelas Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o referido serviço considera o Estado democrático e de cidadania plena como determinante de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1998 (BRASIL, 2004).

Na conformação do SUS, o CAPS é apresentado como serviço estratégico para ordenar as ações do campo psicossocial. No Brasil, a instalação e o funcionamento dos CAPS são promovidos pelo repasse e custeio garantidos pela política nacional de saúde mental. No entanto, a conjuntura revela a necessidade de superações da posição central deste serviço na rede assistencial e o posicionamento horizontalizado com outros dispositivos e/ou serviços mais adequados a cada realidade vivenciada pelo usuário (BRASIL, 2005; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

3.3 Participantes do estudo

A pesquisa contemplou 20 famílias/cuidadoras de usuários adultos com transtornos mentais graves, com histórico de atendimento no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes e em tratamento no CAPS Damião Ximenes Lopes, os quais nos dias atuais, encontram-se em tratamento no mencionado CAPS há pelo menos dois anos.

Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão para os participantes do estudo: aceitação para contribuir com a pesquisa, desempenho no papel de cuidadoras de familiares com transtornos mentais há pelo menos dois anos, bem como condições psíquicas para participar da investigação.

As famílias foram definidas pela relevância das informações e observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. O processo adotado pautou-se no aprofundamento das questões levantadas, dos objetivos preconizados, com vistas à compreensão do fenômeno em suas múltiplas dimensões. A conclusão da coleta foi determinada pelo critério de profundidade e suas interconexões, possibilitando abrangência da totalidade do problema investigado. Dessa maneira, 20 famílias/cuidadoras participaram do estudo.

No concernente às características sociodemográficas, clínicas e condições de vida das famílias cuidadoras da pesquisa, apreendeu-se que dos 20 cuidadores, um era do sexo masculino e 19, do sexo feminino. Em relação às mulheres, 13 eram representadas pelas mães, uma pela esposa, quatro pelas irmãs e uma pela tia.

A maioria dos cuidadores era composta por idosos e encontra-se na faixa etária compreendida entre 60 e 85 anos de idade. Quanto aos demais, identificou-se uma cuidadora (esposa) com 55 anos. Três irmãs cuidadoras apresentam 48, 42 e 59 anos de idade. No que tange ao estado civil, identificaram-se nove cuidadores viúvos, seis casados, dois solteiros e três separados.

No tocante à escolaridade, dez cuidadores não eram alfabetizados, cinco concluíram ensino fundamental, três ensino fundamental incompleto, um ensino médio completo e um possuía graduação. No que se refere à moradia, 17 famílias possuíam casa própria, duas famílias moravam em casa alugada e uma cuidadora ocupava uma casa cedida pela família.

O número de pessoas que moravam com as famílias variou de três a oito pessoas, evidenciando-se a predominância da configuração de famílias extensas, compostas por pai, mãe, filhos de casamentos com cônjuges diferentes, tios, noras, cunhado, sobrinhos etc.

Quanto à renda do cuidador, detectou-se que cinco eram pensionistas; cinco não possuíam renda, uma cuidadora possuía renda de 400,00 (tratava-se de uma mãe que recebia mensalmente o citado recurso de um dos filhos), e nove eram aposentados. Destes, sete recebiam aposentadoria de um salário mínimo; um, aposentadoria de dois salários mínimos e um aposentadoria maior que um salário mínimo e inferior a dois salários mínimos.

Identificou-se que dos 20 cuidadores, 19 apresentavam problemas clínicos de saúde e um não apresenta. Os cuidadores conviviam diariamente com os familiares com transtornos mentais.

No que diz respeito ao tempo de cuidado prestado ao familiar com transtorno mental, identificou-se que um familiar desempenhava o papel de cuidador há três anos; sete exerciam a função de cuidador no período compreendido entre 10 e 20 anos; nove eram cuidadores no período de 21 a 30 anos e três no período de 31 a 40 anos. Dos 20 cuidadores, oito cuidavam também de outras pessoas com outras doenças e 12, não.

Em relação à renda familiar, 12 famílias recebiam renda compreendida entre um e dois salários mínimos; cinco recebiam renda maior do que dois e até três salários mínimos; duas famílias renda maior do que três e até quatro salários mínimos. Uma família possuía renda maior do que quatro e menor do que cinco salários mínimos.

No que concerne aos familiares com transtornos mentais, identificou-se que seis apresentavam esquizofrenia paranóide, quatro esquizofrenia, um esquizofrenia residual; um esquizofrenia hebefrênica; um esquizofrenia associada com retardo mental; um com transtorno esquizoafetivo; um com transtorno esquizoafetivo tipo maníaco; três com transtorno afetivo bipolar; um com transtorno afetivo bipolar associado a retardo mental; um com retardo mental moderado associado à psicose não especificada.

Dos 20 familiares com transtornos mentais, 12 apresentavam problemas clínicos de saúde e oito, não. A média de idade do familiar com transtorno mental foi equivalente a 44 anos.

No que concerne à renda, observou-se que nove não possuíam renda; sete recebiam benefício assistencial do INSS; três eram aposentados e um familiar com transtorno mental trabalhava em um supermercado, recebendo um salário mínimo.

3.4 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados

Para realização da pesquisa, utilizaram-se os seguintes métodos para coleta de dados: a entrevista semiestruturada (Apêndice A), o grupo focal (Apêndice B) e a observação participante (Apêndice C).

A pesquisadora inicialmente analisou prontuários dos usuários adultos com transtornos mentais graves, com histórico de atendimento, no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, e em tratamento na ocasião do estudo, no CAPS Geral Damião Ximenes Lopes. Assim, foram selecionadas 20 famílias/cuidadoras dos respectivos familiares com transtornos mentais.

As primeiras abordagens às famílias foram realizadas no CAPS Geral e nos domicílios destas nas atividades de visitas domiciliares. A pesquisadora realizou apresentação pessoal, seguida de explicação acerca do projeto de pesquisa, de sua importância, do método a ser utilizado e dos objetivos com a realização da mesma.

Foi entregue às famílias um cartão de agendamento (Apêndice I), marcando a data dos encontros com a pesquisadora, os quais aconteceram em local, dia e horários pré-agendados e acordados com as famílias, com vistas à realização das entrevistas e dos grupos focais.

Minayo (2010) afirma que a entrevista que é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. A entrevista semiestruturada combina perguntas objetivas e subjetivas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas semiestruturadas apresentam estrutura flexível, consistindo em questões objetivas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada pode divergir, a fim de prosseguir com ideia ou resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2009).

Neste estudo, foram realizadas 20 entrevistas individuais nos domicílios dos cuidadores, considerando-os os dias e horários sugeridos por eles e sempre considerando a conveniência das famílias entrevistadas. Há sentido na posição de Pope e Mays (2009) quando argumentam que o ambiente de uma entrevista afeta o conteúdo, sendo geralmente preferível entrevistar as pessoas em domicílios particulares.

A observação participante foi realizada durante o período de três meses, junto ao cotidiano das famílias em domicílios e nos dispositivos de atenção psicossocial, visando compreensão do objeto de estudo na operação do cuidado no SUS. O referido método foi conduzido com o auxílio de um roteiro composto pelas temáticas potencializadoras de elucidação das questões que delimitaram a pesquisa. Dessa maneira, a pesquisadora utilizou o diário de campo.

A observação participante também é denominada de observação ativa e consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de membro do grupo. Assim, define-se observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo (GIL, 2009).

Minayo (2010) esclarece que a observação participante, em qualquer nível de profundidade em que for realizada ou em que teoria se baseie, tradicionalmente utiliza um instrumento denominado diário de campo que se constitui em um caderno de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de modalidade de entrevista. Neste instrumento, devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos.

Os dados do diário de campo, segundo Minayo (2010), devem se configurar objeto de análise na investigação realizada. Pois, é justamente esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo.

Os grupos focais nesta pesquisa foram realizados de maneira pré-agendada e consensuada com as famílias em dias diferentes, em salas arejadas e com privacidade, na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Aconteceram três sessões de

grupos focais distribuídas. O primeiro grupo focal contou com a participação de seis integrantes; o segundo com oito e o terceiro grupo focal com seis participantes. O tempo médio para realização dos grupos focais foi de aproximadamente uma hora.

Os registros foram realizados por dois observadores que anotaram as percepções e descrições; pela gravação digital das falas emitidas no grupo e pelas anotações realizadas na dinâmica desenvolvida pelo facilitador junto aos participantes.

Os grupos focais constituem um tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa a fim de gerar dados. São projetados para valorizar a interação grupal para fornecer tipos distintos de dados. Isso significa que, em vez de o pesquisador pedir a cada pessoa para responder a uma pergunta por vez, as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, a compartilhar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista umas das outras (POPE; MAYS, 2009).

A ideia do método de grupo focal, conforme Pope e Mays (2009), é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear a visão de modos que seriam menos facilmente acessíveis em uma entrevista frente a frente. A discussão em grupo é particularmente adequada quando o entrevistador possui uma série de perguntas abertas e deseja estimular os participantes da pesquisa a explorar os aspectos importantes para eles, com seu próprio vocabulário, gerando próprias perguntas e estabelecendo prioridades particulares. Quando a dinâmica do grupo funciona eficazmente, os coparticipantes atuam como copesquisadores, conduzindo a pesquisa para direções novas e, frequentemente, inesperadas.

Os grupos focais são particularmente adequados para o estudo de atitudes e experiências. O tamanho ideal de grupo varia entre quatro e oito pessoas. As discordâncias no grupo podem ser usadas para estimular os participantes e elucidar pontos de vista e a esclarecer argumentos. Uma vantagem dos grupos focais é que entre seus membros as diferenças podem ser exploradas com o auxílio dos participantes da pesquisa (POPE; MAYS, 2009).

As entrevistas em profundidade e os grupos focais foram gravados na íntegra em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) e do Termo de Consentimento Pós-Informado (Apêndice H). Após gravação, o material foi colocado à disposição dos

entrevistados, para que pudessem ouvi-la, e caso desejassem modificar ou acrescentar questões relativas ao depoimento, poderiam ficar à vontade para assim proceder. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados pela pesquisadora.

A coleta das narrativas, observações e grupo focal ocorreram no período de entre setembro a novembro de 2012.

3.5 Aspectos éticos

Inicialmente, o projeto foi apresentado à Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral (Anexo A), em que foi solicitada autorização formal para realização da pesquisa. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), com nº de parecer: 90.960. Com a aprovação do projeto, foi encaminhado ofício às coordenações do CAPS Geral (Apêndice D), da UIPHG (Apêndice E), e da APS (Apêndice F), com objetivo de realização da pesquisa.

Os participantes do estudo foram esclarecidos no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G) e ao Termo Pós-Informado (Apêndice H). Em concordância com a participação na pesquisa assinaram os documentos, assim, os princípios éticos foram atendidos, conforme preconiza a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000).

A coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e o sigilo no respeitante à autoria das respostas dos entrevistados. Foi assegurado aos participantes da pesquisa o direito de desistirem da participação da pesquisa a qualquer momento. Garantiu-se, também, o anonimato, bem como o retorno dos resultados da pesquisa.

3.6 Análise e interpretação

Na análise do material empírico, para melhor entendimento das questões deste estudo, utilizou-se a fenomenologia hermenêutica de Ricoeur (1990).

A análise das informações foi realizada logo após a realização das entrevistas, dos grupos focais e das observações. Realizou-se o registro de anotações em um diário de campo acerca das observações procedidas nos campos da atenção domiciliar e psicossocial.

As narrativas coletadas por meio de gravação digital tiveram a duração média de uma hora, foram digitadas para viabilizar a leitura e análise. O material colhido nas entrevistas foi analisado e interpretado à luz de linguagem mais geral, confrontado com as outras informações da pesquisa registradas no diário de campo e com as narrativas dos entrevistados, seguindo o percurso sugerido por Ricoeur e compartilhado por Caprara e Veras (2005), para quem a interpretação se coloca entre linguagem e vida vivenciada, por meio de conceitos interpretativos, dos quais se encontram o distanciamento, a apropriação, a explicação e a compreensão.

Ao considerar a coerência entre a abordagem hermenêutica, segundo Ricoeur (1990), propor elucidação do significado, o desvelamento do sentido, sedimentando uma compreensão acerca do mundo, optou-se por analisar os dados das narrativas das famílias de usuários com transtornos mentais em atendimento no CAPS Geral. Assim, a interpretação direcionou-se para análise das relações internas do texto, que representa as partes do discurso e tenta compreender os significados revelados por estes, ou seja, o todo em relação às partes.

Interpretar o texto consiste em desvelar a mensagem implícita no discurso, acontecimento a ocorrer no tempo, quando alguém se expressa ao falar, na tentativa de descrever ou representar seu mundo (OLIVEIRA, 1998).

Ricoeur (1990) propõe cinco temas que se constituem em passos metodológicos para objetivação do texto, os quais possibilitam o distanciamento e a apropriação, que juntamente com a explicação e a compreensão vão permear a interpretação; a efetuação da linguagem como discurso, do discurso como obra estruturada; a relação da fala com a escrita no discurso e nas obras do discurso; a obra do discurso como projeção de um mundo; o discurso e a obra de discurso como mediadores da compreensão de si.

Para desenvolver o método de análise de narrativa com base em Ricoeur (1990), buscou-se revelar o significado da experiência vivida pelos participantes da pesquisa, pela interpretação das narrativas transcritas no texto obtido com as entrevistas. Assim, de acordo com este método, interpretar é um processo que envolve os passos metodológicos descritos a seguir.

Fixação das entrevistas num texto – captou-se a história vivenciada pelas famílias de usuários com transtornos mentais, por meio de entrevistas individuais e grupos focais

expressadas na linguagem; em seguida, realizou-se a transcrição do discurso num texto, para depois fazer a interpretação;

Leitura simples do material – esta leitura possibilitou compreensão do significado do texto em sua totalidade;

Análise estrutural das narrativas – conduzida em direção à estrutura de cada texto, propiciou ser este inteiramente examinado em termos de entidades distintas, as unidades de significado (segmentos do discurso explicitativo no texto, que formam uma unidade de sentido) com a finalidade de explicar o que o discurso está dizendo. Em seguida, buscou-se pela citação dos autores que respaldam teoricamente os achados, dando, assim, o entendimento da narrativa (SANTANA, 2004);

Compreensão abrangente ou profunda – este passo conduz à compreensão do que o texto fala. Esse entendimento das narrativas ocorre a certeza de que as histórias contadas revelam a importância dada àquela situação ou à experiência, o significado daquele evento na vida da pessoa.

A teoria interpretativa de Ricoeur (1990), eleita para análise dos dados deste trabalho, oportuniza a compreensão do expresso e do não expresso no discurso. A interpretação simples e profunda favorece o entendimento das partes do texto em relação ao todo e vice-versa, facilitando reflexão sobre os diferentes temas que emergem a partir das entrevistas realizadas com as famílias de usuários com transtornos mentais. Neste trabalho, buscou-se, portanto, entender os sentidos do texto que levam à compreensão das experiências das famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial.

Em síntese, os temas e subtemas elaborados das narrativas foram assim constituídos:

TEMA 1 – A CONVIVÊNCIA DA FAMÍLIA COM O FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

Subtema 1- Dificuldades e facilidades no tratamento domiciliar pelas famílias cuidadoras na atenção psicossocial;

Subtema 2 - Exclusão social dos familiares com transtornos mentais como aspecto dificultador na concepção das famílias cuidadoras;

Subtema 3 - A família no contexto da reforma psiquiátrica: o si próprio, subjetividades e participação no tratamento;

Subtema 4 - Construção de sujeitos autônomos, vínculo e corresponsabilização das famílias no cuidado em saúde mental;

Subtema 5 - Estratégias de cuidado para a promoção da saúde mental, empoderamento e condições de vida dos usuários e cuidadores.

TEMA 2 - A CLÍNICA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM O CUIDADO:

Subtema 1- A clínica psiquiátrica e de atenção psicossocial na transversalidade dos dispositivos da rede de atenção à saúde;

Subtema 2- Rede, acesso, acessibilidade e fluxo na atenção psicossocial;

Subtema 3 - Cuidado em saúde mental nos dispositivos de atenção psicossocial e atenção primária à saúde: significados e sentidos culturais;

Subtema 4 - Medicamentação e suas contradições, cultura e conflitos nos modelos de atenção psicossocial.

TEMA 3 - CRISE COMO GERADORA DE CONFLITOS E MEDO PARA O CUIDADO.

Com a elaboração dos temas e subtemas iniciou-se a análise das narrativas e sua interlocução com o estado da arte para construção de contrapontos, argumentações críticas sobre os múltiplos olhares.

4 RESULTADOS DA ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DAS NARRATIVAS

Das temáticas, apreenderam-se subtemas, em que se buscou a compreensão das experiências singulares vivenciadas pelas famílias cuidadoras de familiares com transtornos mentais graves, operadas na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral. As experiências desvelaram processo transversalizado pelas interações social, cultural e econômica, muitas vezes alterado pela doença. As diversas temáticas elaboradas foram analisadas e interpretadas, tendo como ponto de partida as narrativas.

Tema 1 – Convivência da família com o familiar com transtorno mental na atenção psicossocial

O tema constituiu-se de significados e sentidos sobre dificuldades, facilidades para o cuidado em domicílio pelas famílias, destacando-se: dependência do usuário nas atividades de autocuidado; dificuldades de adesão à terapêutica medicamentosa; usuário não cooperativo nas atividades domésticas e descuidado com a aparência; assim como quadro de agressividade, baixa autonomia, ociosidade, mudanças de humor, oscilação comportamental, adoção de uma situação de vigilância das famílias referentes à supervisão de medicamentos e comportamentos problemáticos, assim como evidenciou-se um cenário caracterizado pela convivência harmoniosa entre algumas famílias e usuários com transtornos mentais.

Subtema 1 - Dificuldades e facilidades no tratamento domiciliar pelas famílias cuidadoras na atenção psicossocial

As narrativas provenientes das entrevistas individuais e grupos focais revelaram que a dependência dos familiares com transtornos mentais, no concernente às atividades de autocuidado, gerava necessidade de cuidados permanentes pelas famílias cuidadoras, alterando a dinâmica familiar. As atividades de vida diária, as quais podem ser consideradas simples e corriqueiras, como tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se, cortar as unhas, dentre outras de asseio pessoal, acabavam se transformando em entraves no cotidiano das famílias, causando problemas para estas.

[...] (...) toma banho e não se esfrega, fica cheio de sabão, de shampoo e nós é que vamos banhar [...], faço a barba, coloco desodorante porque se eu não colocar, ele não coloca, se eu não colocar (...) para escovar a boca, não escova, se eu não fizer, (...) faz, mas não faz bem feito. [...], (...) tira o grosso do sujo, mas não toma banho direito [...], diz assim: “eu lá vou tomar banho”, tem hora que eu não aguento, me dá dor de cabeça, e eu fico gritando, chorando, porque se quisesse tomar banho, se

limpasse os pés, isso para mim era uma bênção de Deus. Ai eu ofereço cigarro e (...) quer. Eu dou um real na mão (...) para poder tomar banho, (...) é seboso. [...] Outra dificuldade é que (...) não gosta de mudar a roupa em casa [...]. Para (...) poder trocar de roupa e tomar banho é preciso eu inventar que vou fazer o café, a alimentação. Quando vai se alimentar, também não se alimenta direito, fica se sujando, a gente tem que ficar pastorando [...], [...]. (...) não quer e não aceita eu cortar as unhas [...], cabelo não quer cortar, disse que vai deixar fazer um rabo de cabelo até chegar à cintura [...]. (...) é uma pessoa que faz sujeira dentro de casa, faz cocô e sai espalhando na parede da casa, tanto faz na sala, como na cozinha, para fazer xixi, faz no chão dentro de casa [...]. (...) não tem assim um pensamento de uma ação de limpeza, de higiene [...].

A semidependência ou a dependência em maior grau dos familiares com transtornos mentais nas atividades da vida diária exige reorganização constante no gerenciamento do cotidiano, em que há necessidade de as famílias permanecerem em uma condição de disponibilidade e dedicação. Assim, faz-se necessário que estas desenvolvam a capacidade de compreensão e o exercício de tolerância e paciência de forma permanente.

Pesquisa realizada por Borba *et al.* (2008a), com famílias de usuários com transtornos mentais em acompanhamento em CAPS, revelou o quão é desgastante para a família conviver com uma pessoa com transtorno mental. Na conjuntura dos desgastes enfrentados, inclui-se o lidar com comportamentos não convencionais, como o descuido com a higiene pessoal.

O cuidado prestado a um familiar com adoecimento mental, segundo Catena e Galera (2002), envolve relação que, muitas vezes, assemelha-se à relação estabelecida com crianças, sustentada por uma atitude de tolerância e paciência.

As observações participantes no campo da atenção domiciliar possibilitaram detectar que os usuários com transtornos mentais severos e persistentes, muitas vezes, apresentavam dificuldades no que se refere à higiene básica. Pelo fato de esse aspecto ser bastante negligenciado, a intervenção das famílias nas atividades cotidianas se tornava essencial. Um aspecto importante diz respeito aos sintomas negativos da doença que não são fáceis de identificação, como constituintes do transtorno mental, assim, muitas vezes os usuários com esquizofrenia eram encarados pelas famílias como preguiçosos.

Algumas famílias correlacionavam o quadro sintomatológico do usuário com transtorno mental à falta de força de vontade, ou mesmo à personalidade caracterizada como

de ‘natureza difícil’. Em outros momentos, eles eram apontados também como ‘não-cooperativos’ e ‘trabalhosos’. Percebeu-se que a manutenção da referida crença influenciava na relação estabelecida entre eles, gerando uma situação de mal estar e de tensão no cerne familiar.

Conforme apontam os estudos de Barroso *et al.* (2007), as famílias auxiliavam os familiares nas atividades de higiene pessoal e tarefas cotidianas entre três vezes por semana e todos os dias, indicando a presença de elevada sobrecarga objetiva nos cuidadores.

Por abranger aspectos diferentes, o conceito de sobrecarga, como esclarecem Maurin e Boyd (1990), vem sendo diferenciado em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva diz respeito às consequências negativas passíveis de observação geradas pelo papel de cuidador. Neste contexto, destacam-se as alterações na rotina, a diminuição da vida social e profissional dos cuidadores, as perdas no aspecto financeiro, a realização de tarefas e supervisão de comportamentos problemáticos. O aspecto subjetivo da sobrecarga, por outro lado, está relacionado às percepções, às preocupações, aos sentimentos negativos, incômodos gerados pelo fato de tornar-se cuidador de uma pessoa com adoecimento mental.

Na concepção das famílias, segundo pesquisa realizada por Oliveira e Mendonça (2011), pelo fato de a doença mental impor restrições às pessoas em várias áreas de sua existência, incluindo-se atividades referentes ao autocuidado, constata-se quadro de sobrecarga física, social e mental do grupo, devido ao nível de dependência do usuário.

Investigação realizada por Borba *et al.* (2008b) apontou que muito além de ter de prover cuidado, o cuidador abandona os compromissos, anulando vontades e necessidades com vistas a atender à dependência do familiar doente. Assim, o processo de desinstitucionalização deve ser concebido no contexto em que se deve prestar assistência também à família. Esta precisa de suporte para aprender a coexistir em um mesmo espaço com uma pessoa que necessita de cuidados, uma vez que tem vida para organizar, compromissos e aspirações.

Pesquisa realizada por Romagnoli (2006) demonstrou que a degeneração orgânica presente nas pessoas com transtornos mentais de famílias estudadas demandou a necessidade de zelos permanentes com a higiene pessoal. Os familiares com transtornos mentais necessitavam de auxílio nas atividades de alimentação, ajuda para se vestir e sair de casa. A presença de uma pessoa foi colocada como necessária, com vistas à realização de atividades

corriqueiras. A aflição pelo fato de ter de cuidar e prover uma pessoa sem capacidade de cuidar de si causa interferências no dia a dia de todos, atravessando dinâmica e funcionamento familiar a todo o instante.

Constataram-se pelas narrativas e observações no campo da atenção domiciliar as dificuldades e os desgastes enfrentados pelas famílias para convencer os familiares com transtornos mentais a realizarem atividades de autocuidado. Muitas vezes, utilizavam-se de estratégias de negociação com os familiares, com vistas à correspondência destes na realização de atividades.

Compreende-se que as negociações adotadas pelas famílias acabam por retroalimentar o comportamento passivo dos usuários, mantendo-os em condição de dependência e produzindo sobrecarga nos cuidadores. Acrescenta-se que o estímulo e o reforço ao cumprimento de comportamentos condicionados geram circuito vicioso, em que os usuários somente realizam atividade de asseio, de higiene pessoal, quando em contrapartida recebem algo das famílias.

Entretanto, o trabalhador da saúde mental deve-se manter atento e ter o cuidado de não assumir conduta de culpabilização diante das famílias de pessoas com transtornos mentais. Pois, este deve considerar que os cuidadores são invadidos por medos e encontram-se imbricados em emaranhados de problemas de diferentes naturezas, tendo de desenvolverem formas singulares para o enfrentamento de situações no cotidiano.

Do mesmo modo, Waidman (2004) esclarece que a família desenvolve estratégias e possui forma peculiar de operar o cuidado. Às vezes, este não se constitui da melhor forma, mas é a maneira como ela se organizou para conseguir viver, uma vez que cuidar de usuário com adoecimento mental é tarefa complexa, principalmente no quadro avançado de cronificação.

Dessa maneira, é importante que sejam possibilitadas as condições para que as famílias reflitam sobre as práticas e evitem condutas fundamentadas na superproteção, pois essas atitudes podem fazer com que o indivíduo perca a iniciativa, tornando-se mais dependente de cuidadores.

Faz-se necessário encontrar o ponto de equilíbrio, isto é, fornecer apoio de que o indivíduo precisa, porém sem causar-lhe impedimentos nas condições que são capazes de

realizar. O indivíduo deve ser estimulado a construir rotina diária, considerando-se habilidades e capacidades atuais. Todos desfrutam de ganhos quando o ambiente da casa é organizado. Uma estratégia interessante e pertinente a ser adotada consiste em permitir que a pessoa com transtorno mental execute determinadas tarefas, mesmo que demande mais tempo e a qualidade se revele menor. Deve-se estimulá-la a realizar atividades do cotidiano, como tomar banho, comprar pão ou então sair sozinha. Outros aspectos de relevância a serem observados são a valorização de esforços do familiar com transtorno mental e o cuidado de não diminuí-lo (CURITIBA, 1999).

Sampaio e Barroso (1997a) argumentam que a família deve ser orientada no sentido de reeducar o usuário a realizar tarefas simples ou mais complexas, considerando-se a aceitação e as possibilidades dessa pessoa, sejam essas tarefas domésticas ou relacionadas ao universo do trabalho. O usuário com transtorno mental não deve ser visto como inválido, pois caso seja encarado dessa maneira, haverá prejuízo na relação terapêutica, pois essa atitude resulta em acomodação, rotina e impotência.

As observações no campo da atenção domiciliar, realizadas mediante convivência com as famílias permitiram presenciar que familiares com transtornos mentais estão inseridos em um quadro de ociosidade. Para as famílias, é doloroso conviver com uma situação caracterizada por baixas perspectivas de autonomia dos familiares e se torna fardo a responsabilidade pela continuidade do cuidado a ser dispensado.

A tarefa que acarretou maior incômodo às famílias, segundo investigação desenvolvida por Barroso *et al.* (2007), residiu no fato de elas precisarem solicitar frequentemente aos familiares com adoecimento mental ocupação do tempo deles. Essa tarefa também contribuiu intensamente para a sobrecarga objetiva dos familiares. Os resultados apontaram que a passividade dos usuários pode ser agravante no processo de sobrecarga dos cuidadores e sugeriu que o desenvolvimento de atividades ocupacionais e recreativas para os usuários nos dispositivos de saúde mental pode funcionar como medida de proteção para reduzir a sobrecarga familiar.

Concorda-se com Rotelli (1990) quando defende que o cuidado prestado à família, no cerne da perspectiva de desinstitucionalização, está correlacionado à oferta de espaços que favoreçam expressão e trabalho com esses sentimentos, encontrando caminhos para viver melhor.

Quanto à prática psicossocial, Costa-Rosa (2000) destaca os seguintes fatores: a interdisciplinaridade; a relação com o usuário e suas implicações subjetiva e sociocultural; a valorização da pessoa com transtorno mental como protagonista do tratamento; o incentivo à família e à sociedade no sentido de que estas assumam o compromisso na atenção e no apoio ao indivíduo em sofrimento psíquico e, principalmente, o destaque à reinserção social e à recuperação da cidadania das pessoas com adoecimento mental. Assim, o modo psicossocial objetiva a experimentação de novas possibilidades de ser.

Nas observações no campo da atenção psicossocial e domiciliar, constatou-se que as famílias vivenciam a condição caracterizada pelas sobrecargas objetiva e subjetiva. Considerando-se a necessidade de entrega e doação que as famílias adotam em relação aos familiares com transtornos mentais, identifica-se que organizam seu cotidiano, tendo como referencial as necessidades oriundas e manifestadas por eles. Dessa maneira, desejos, objetivos e projetos de vida muitas vezes são interrompidos, postergados, modificados, silenciados ou mesmo abafados diante da realidade vivenciada.

Um outro fator percebido diz respeito a existência de resignação dos cuidadores em relação à tarefa diária e árdua de cuidar do outro essencialmente, e em primeira instância, e tão somente, em plano secundário, reservar momentos para si. Muitas famílias já haviam recorrido em outros episódios de suas vidas à dimensão da espiritualidade em busca da sonhada cura para a doença mental de seu familiar com transtorno mental. Entretanto, devido às diversas tentativas realizadas ao longo da vida, convenceram-se de que não existia cura para o transtorno mental, e assim, resignificaram o fato de ter um membro da família com o citado transtorno, aceitando e encarando essa realidade como uma missão a ser desempenhada resignadamente.

Diante do contexto explicitado, a equipe de saúde mental da RAISM tem importante desafio para encarar nos moldes da atenção psicossocial, ou seja, precisa de fato priorizar a atenção prestada às famílias cuidadoras. As observações no campo da atenção domiciliar e psicossocial possibilitaram a compreensão de que as famílias não devem ser tomadas somente como participativas e corresponsáveis pelo cuidado prestado ao familiar com transtorno mental, elas necessitam também ser cuidadas. As famílias e os familiares com transtornos mentais precisam compreender a doença e para aprender a enfrentar os desdobramentos que esta ocasiona no cerne familiar e em suas vidas.

Outro aspecto relevante que emergiu das narrativas diz respeito às mudanças de humor e oscilação comportamental dos familiares com transtornos mentais, situações estas que colocam as famílias em situação permanente de vigilância, em que medo, insegurança, ansiedade e receio quanto à imprevisibilidade passam a se configurar como companheiros indesejados e fiéis, acarretando problemas, intranquilidades e dificuldades na convivência.

No mencionado contexto, o componente referente à agressividade destaca-se como fator complicador, gerador de angústia, medo, tensões e conflitos, vivenciados no seio familiar.

[...] Outra dificuldade é com a mudança de comportamento de (...). Um dia (...) está alegre e no outro dia triste, já no outro dia está diferente. [...] tem dia que está calmo, tem dia que está agitado. [...] Tem hora que ameaça a gente, tem hora que diz que quer morrer debaixo do carro, diz que quer correr, diz que vai para um canto e não quer voltar mais, fala que quer ir embora para o Rio de Janeiro, depois é para São Paulo. [...] tem hora que está agressivo. [...] outro dia (...) avançou em cima de mim lá naquele terraço, arrancou a maçaroca de cabelo daqui [...] outro dia agrediu uma pessoa dentro de casa com uma mãozada na cara, comigo é todo tempo na brutalidade porque (...) quer que eu ande paparicando (...) e eu já não posso ficar todo tempo assim. Hoje eu chorando, (...) quis tacar a cadeira em cima de mim [...]. Eu não confio, tem dia que eu falo com (...), (...) avança na minha cabeça, outro dia arrancou uma muqueca de cabelo da minha cabeça. Tem horas que me falta a paciência e eu me evito dar uma paulada, porque eu tenho certeza se eu der uma paulada, eu mato [...]. Não posso me descuidar porque no tempo que (...) se internava no hospital psiquiátrico Guararapes, eu estava lavando uns temperos na pia, nosso senhor me deu aquele dom e quando eu olhei, (...) estava com o olho grande e um machado na mão [...]. (...) estava também com a moda de sacudir pedra em cima das casas dos vizinhos [...], como (...) cisma do nada e muda de comportamento de uma hora para outra, aí é que a gente precisa ter cuidado dentro de casa [...].

A interpretação das entrevistas semiestruturadas propiciou a apreensão de um contexto caracterizado por desgastes, apreensões, frustrações, impotência e conflitos oriundos das manifestações de humor e comportamento da pessoa com transtorno mental. A imprevisibilidade do familiar com transtorno mental em seus comportamentos se constitui em outra fonte de intensa tensão dentro e fora de casa.

As famílias sentem a necessidade de se manterem em um estado de vigilância em relação ao seu familiar com transtorno mental, nutrindo receios de que algo de ruim possa acontecer a qualquer momento, caso ele permaneça sozinho, sem a sua supervisão. A convivência com uma pessoa com adoecimento mental possibilita o surgimento de emoções e sentimentos de difícil elaboração e entendimento.

Investigação procedida por Colvero *et al.* (2004) indicou que a convivência com o familiar com adoecimento mental é marcada por sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações. As famílias convivem com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento.

Cuidar da pessoa com transtorno mental impõe às famílias situações associadas aos sintomas da doença, com as quais nem os cuidadores estão preparados para lidar. Estes episódios incluem comportamentos de descontrole do familiar doente, que se torna mais agressivo e inquieto, causando clima de intranquilidade que foge aos padrões até então conhecidos pelos que com ele convivem e que afetam a estrutura familiar (SANT'ANA *et al.*, 2011).

Sant' Ana *et al.* (2011) acrescentam que as famílias cuidadoras podem apresentar também sentimentos de ansiedade em virtude de não saber como lidar com alguns comportamentos manifestados, como silêncio excessivo, fala contínua e desordenada, imprevisibilidade em suas ações, assim como a percepção da vida cada vez mais “empobrecida” do usuário.

Investigação realizada por Borba *et al.* (2008b), com as famílias que conviviam com familiares com transtornos mentais, demonstrou a existência de preocupação, impotência e medo frente ao comportamento inadequado e imprevisível, da inconstância de humor do familiar com transtorno mental, o qual por vezes adota atitudes que causam determinada perplexidade.

Nas observações realizadas no campo da atenção domiciliar, identificou-se que a agressividade manifestada pelos usuários com transtornos mentais recebe influência direta do tipo de comunicação, comportamentos recorrentes e condutas adotadas pelas famílias em relação a eles. Percebeu-se que o não reconhecimento por parte das famílias de sintomas característicos do transtorno mental e a atribuição de voluntariedade ou desobediência aos atos dos familiares com transtornos mentais contribuem de maneira determinante para manifestação de comportamentos agressivos e imprevisíveis.

As famílias não conseguiam perceber também que determinados comportamentos manifestados pelos familiares com transtornos mentais encontravam-se diretamente correlacionados às condutas naturalizadas adotadas por elas. No entanto, é importante esclarecer que não há a intencionalidade de culpabilizar ou acusar as famílias pelos comportamentos dos

familiares com transtornos mentais, mas chamar a atenção e revelar que na particularidade da convivência das constelações familiares, os comportamentos dos cuidadores influenciam de maneira relevante os comportamentos de seus membros com adoecimento psíquico.

Não se pretende prescrever comportamentos a serem adotados pelos cuidadores, mas favorecer reflexões no sentido de que eles compreendam que as intervenções realizadas por eles influem favoravelmente ou desfavoravelmente no curso da doença, na atmosfera do ambiente familiar e nas suas próprias dinâmicas de vida.

Dessa maneira, evidencia-se a importância das denominadas emoções expressas, descritas por Saraceno (2001, p. 42) como:

Aspectos verbais e não-verbais da comunicação entre paciente e família chave em relação a quatro componentes: comentários críticos, hostilidade, hiper envolvimento afetivo e empatia, ou seja, situações corriqueiras nas famílias das pessoas com transtorno mental, inerentes à própria emoção humana, mas que precisam ser trabalhadas, para identificar e intervir nos fatores precipitantes de recaídas, bem como localizar e fortalecer agentes de proteção.

Moreno e Alencastre (2003) destacam que famílias com índice elevado de emoção expressa apresentam dificuldades quanto à tolerância a comportamentos dos familiares com transtornos mentais. Estes são mais críticas, criando situação ambiental nociva, desencadeante de novo surto psicótico.

As investigações acerca das emoções expressas permitiram o desenvolvimento de propostas terapêuticas, objetivando a modificação da interação familiar, de maneira a contribuir para melhoria na aceitação da pessoa com transtorno mental. Uma das intervenções propostas a partir dos estudos sobre as mencionadas emoções expressas é a abordagem psicoeducacional. Esta consiste em uma proposta educativa, não confrontacional, a qual oferece suporte aos familiares, com vistas a mudanças comportamentais a serem adotadas no cotidiano (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Nesta pesquisa, identificou-se que a convivência das famílias com familiares com transtornos mentais que apresentam alterações de humor e manifestações de comportamentos diferenciados, incluindo-se a agressividade e tentativas de suicídio, são fatores complexos, desafiadores e desgastantes para as famílias cuidadoras.

A convivência com o usuário psiquiátrico produzia uma sobrecarga intensa que comprometia a saúde dos cuidadores, assim como a rotina familiar, a relação com outros membros da família, a vida social.

A aproximação com o universo familiar propiciou a percepção acerca de realidades complexas e conflitantes, geradas no convívio com o usuário com transtorno mental. Percebeu-se que a comunicação estabelecida pelos cuidadores com os familiares com adoecimento mental muitas vezes acontece de maneira inapropriada, desencadeando comportamentos e condutas que provocam alterações no quadro psicopatológico deles e se constituem fontes geradoras de sofrimento mental para os cuidadores, os quais são atingidos implacavelmente pelas sobrecargas objetiva e emocional.

Assim, torna-se urgente a necessidade de a equipe de saúde mental trabalhar com esta outra dimensão concernente ao tipo de comunicação desenvolvida no contexto da convivência entre famílias e familiares com transtornos mentais. Torna-se, pois, imperativo o apoio e a valorização das necessidades das famílias cuidadoras. É importante a realização de planejamento e desenvolvimento de ações intensivas com as famílias, no intuito de prevenir recidivas, contribuindo, assim, para construção de uma convivência mais saudável possível entre as pessoas com transtornos mentais e cuidadores.

Entretanto, os objetivos concernentes às intervenções realizadas pela equipe não devem se restringir a prevenção de crises psicóticas. A equipe de saúde mental deve ajudar as famílias a vislumbrarem outras possibilidades que transcendam os aspectos implicados no âmbito das dificuldades oriundas dessa convivência. Devem ser possibilitadas aos cuidadores as condições para que expressem as suas concepções, dificuldades, saberes e práticas.

Quais são os saberes e as práticas das famílias que estão lidando há longas datas com pessoas com psicose? As famílias têm algo a ensinar para a equipe de saúde mental? O que os trabalhadores da saúde esperam de fato das famílias cuidadoras no cenário da atenção psicossocial?

Acredita-se que as reflexões citadas se configuram um caminho inovador, que apresentam potencial para contribuir de maneira ímpar no sentido de nortear as práticas em saúde mental, propiciando novas descobertas e construção de novas soluções para os problemas vivenciados.

As narrativas a seguir oriundas das entrevistas individuais e grupos focais explicitam a necessidade de cuidadores se manterem em situação de vigilância frente ao familiar com transtorno mental. Inclui-se, nesse contexto, o monitoramento e o desgaste expressivo no que tange à resistência dos usuários em aderirem à terapêutica medicamentosa, fatores desencadeadores de problemas e conflitos no âmbito da convivência.

Dessa maneira, as famílias acabam tendo de organizar e gerenciar os cotidianos de vida, tendo como eixo condutor os comportamentos e as dinâmicas manifestadas pelos seus familiares com transtornos mentais.

[...] tem dia que (...) diz que não quer tomar os remédios e aquilo ali já me dá uma agitação, um farnezim. [...]. A dificuldade maior é para controlar os remédios, sem os remédios (...) se transforma diferente, fica louco, perturbado que eu fico até com medo das loucuras que (...) quer fazer. [...] Os comprimidos (...) não quis tomar, jogou fora, aí só dá certo a injeção que tranquiliza e ele ainda dá trabalho para aceitar a injeção. [...]. Caso (...) não aceite tomar a injeção, fica muito agressivo, perturbado, abirobado mesmo. Quando o pessoal do CAPS vem aqui em casa aplicar injeção é uma novela para (...) aceitar [...]. Às vezes, (...) quer ir para um canto que tem perigo, a gente fica todo tempo prestando atenção ao que faz e o que não deve fazer [...]. A gente não vai se confiar deixar um paciente que tem distúrbio mental sozinho dentro de uma casa. Sempre fica eu ou o meu outro filho fazendo companhia para (...) não ficar só [...]. É assim, tem que ficar pastorando, prestando atenção o movimento de (...) dentro de casa, muitas vezes a gente acaba deixando de fazer outras coisas na vida da gente porque tem que ficar fazendo companhia para (...) dentro de casa [...]. A atenção de tudo é para ele, depois é que a gente ver como é que pode fazer as outras coisas da gente, da casa [...].

Percebe-se que pelo fato de as famílias terem de adotar conduta caracterizada por supervisão de medicamentos, vigilância e de controle permanentes, em uma escala de revezamento entre os integrantes de casa, há formação de cenário fértil para instalação de quadro caracterizado por intenso desgaste físico e mental.

As famílias alteram as suas rotinas de vida em virtude do cuidado a ser dispensado aos familiares com transtornos mentais. O fato de alguns familiares com transtornos mentais se negarem a colaborar no tratamento, complexifica e dramatiza a situação dos cuidadores, os quais tinham de disponibilizar mais tempo para eles, dessa forma, comprometiam outras atividades do cotidiano.

As alterações na rotina dos membros das famílias, em virtude da convivência com um membro com transtorno mental é um aspecto predominante nos grupos de cuidadores estudados nessa pesquisa. Os cuidadores algumas vezes mostraram-se desesperançosos, sem perspectivas de vida, não conseguindo encontrar novos caminhos para as dificuldades

vivenciadas. As restrições relativas ao comprometimento na vida social são alguns prejuízos experimentados.

Os cuidadores possuem uma preocupação recorrente relativa à resistência dos familiares com transtornos mentais a aderirem à terapêutica medicamentosa. Este fato gera uma situação de intensa tensão no ambiente domiciliar, pela possibilidade de eclosão de crise psicótica, uma das situações mais temidas pelas famílias estudadas.

Mediante as narrativas da pesquisa, confirmadas pelas observações no campo da atenção psicossocial e domiciliar, identificou-se que a recusa em fazer uso dos medicamentos por uma parcela expressiva dos familiares com transtornos mentais se constitui motivo de preocupação e angústia para as famílias. Estas incorporam o monitoramento supervisionado de medicamentos ao leque de responsabilidades no cuidar cotidiano.

As famílias atribuem a não adesão à terapêutica medicamentosa como único recurso gerador de crise. Não há o entendimento de que a intervenção precoce está correlacionada a diferentes ações terapêuticas como as psicológicas e relacionais, além das medicamentosas. Os cuidadores não conseguem vislumbrar que podem desempenhar um importante papel no impacto causado pelo início de crises psicóticas em um de seus membros.

Dessa maneira, compreende-se que a equipe de saúde mental deve prestar apoio e realizar intervenções permanentes às famílias cuidadoras, além da assistência continuada aos usuários com transtornos mentais. A maior ênfase dada ao trabalho com cuidadores de usuários psiquiátricos podem reduzir de maneira determinante o quadro de recaída de surtos psicóticos.

Pesquisa realizada por Oliveira e Mendonça (2011) revelou que uma das dificuldades enfrentadas pela família, no que diz respeito à continuidade do tratamento, residia na dificuldade de adesão dos usuários à terapêutica medicamentosa. A resistência em fazer uso dos medicamentos pelo fato de se considerarem curados implicava riscos de recaídas, situação propícia para geração de conflitos e interferências na dinâmica familiar.

Dentre os principais problemas referidos pelas famílias se sobressaem: a não adesão do usuário à terapêutica medicamentosa, a dificuldade de acesso aos serviços extra-hospitalares, a necessidade de reorganização do espaço familiar, os conflitos vivenciados

devido à dependência do usuário para continuidade do tratamento, as crises sucessivas, os poucos recursos financeiros (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Em consonância com os achados supracitados, investigação desenvolvida por Borba *et al.* (2008b) demonstrou que as famílias responsáveis pelo cuidado demonstram preocupação e vigília quanto à administração adequada dos psicofármacos, tomando para si a responsabilidade quanto aos horários e a dosagem dos medicamentos, em virtude do medo de o familiar com transtorno mental fazer uso inadequado dos mesmos, colocando a vida em risco.

Não há dúvida quanto à relevância e necessidade da terapêutica medicamentosa no tratamento de usuários com transtornos mentais, entretanto, é oportuno ressaltar que a citada terapêutica deve integrar um plano de cuidados constitutivo de um projeto terapêutico mais ampliado que contemple outros aspectos essenciais no âmbito da atenção, incluindo-se a singularidade dos usuários assistidos, o protagonismo e a inserção das famílias no cuidado.

Constatou-se que a resistência dos usuários quanto ao uso regular de medicamentos está associada aos efeitos colaterais causadores de incômodos e também em virtude da estabilização do quadro psicopatológico, em que muitos realizam a leitura que não há mais a necessidade de tomar medicamentos.

Os cuidadores adotam uma postura de vigilância e de controle permanentes, em que contam em alguns momentos com uma escala de revezamento entre os integrantes de casa, sendo que eles são incumbidos de se responsabilizarem-se predominantemente por essa tarefa. Eles sentem a necessidade de monitorar o comportamento dos familiares com transtornos mentais. Este monitoramento pode ser compreendido pelo receio de que o familiar com transtorno mental venha a fazer algo que ocasione prejuízos para eles mesmos ou para os outros membros da casa.

Os cuidadores estão imersos na problemática da vivência e da particularidade de ter um caso de transtorno mental na família que demanda cuidados intensivos. A doença mental se configura um eixo de sustentação no cerne familiar e os cuidadores apresentam um repertório de vida repetitivo e empobrecido.

A existência de um caso de transtorno mental na família não atinge somente a pessoa com adoecimento psíquico, mas traz repercussões diversificadas na constelação

familiar. Assim, cada membro da família apresenta comportamentos diferenciados, em que há a mobilização de sentimentos de maneira singularizada. Um fator inegável é que o referido acontecimento traz alterações na organização da família, exigindo novos processos de organização e adaptação familiar.

Barroso *et al.* (2007) informam que em pesquisa realizada com famílias que se tornaram cuidadoras, evidenciou-se que parcela significativa tiveram de reduzir ou eliminar sua vida social, diminuir o número de visitas em casa ou suspendê-las, não usufruir de férias, aumentar ou diminuir sua jornada de trabalho ou abandonar o emprego, se aposentar para cuidar do familiar, assim perderam amizades.

Em pesquisa realizada por Silva e Dalmolin (2010) com famílias assistidas em CAPS, apreendeu-se que o adoecimento mental é um acontecimento que provoca abalos e desestabilizações, motivando famílias a adotarem novos hábitos na tentativa de manter um ordenamento e uma reorganização possível. Muitas vezes, as famílias não conseguiam conviver e lidar com a situação do adoecimento, vivendo situações de profundos conflitos que atravessam gerações.

Percebeu-se nessa pesquisa que àquele que assume o papel de cuidador apresenta uma sobrecarga consideravelmente maior, comparando-se com os outros familiares que se afastam e mantêm pouco contato com o usuário com transtorno mental. Os cuidadores buscam suprir as necessidades dos familiares com transtornos mentais com acolhimento, afeto e bastante paciência. Dedicam-se a eles investindo tempo e adotando estratégias de negociação para aceitarem o tratamento.

Percebeu-se que os cuidadores assumem sobrecargas de diferentes naturezas, como consequência, há processo de surgimento de desorganização e impedimentos nas rotinas e dinâmicas familiares. Estes aspectos ocasionam desgastes físicos e emocionais, com os quais as famílias não têm outra escolha, a não ser aprender a lidar e conviver com as situações estressoras.

Um fato que chama a atenção é a capacidade de resiliência das famílias cuidadoras, pois elas lidam cotidianamente com problemas e adversidades complexas, buscam superar os obstáculos, resistindo às pressões oriundas das situações adversas e felizmente não enveredam pelo universo do surto psicológico. É verdade que a grande maioria se encontra em um estado de sofrimento mental diante da realidade vivenciada.

Observa-se a seguir nas narrativas das famílias que o ambiente do adoecimento mental e as diversas atribuições assumidas pelos cuidadores, causam impedimentos no sentido de que eles vislumbrem diferentes possibilidades em outras dimensões da vida. Acrescenta-se, ainda, que as famílias realizam rotineiramente a supervisão de comportamentos problemáticos manifestados pelos seus familiares com transtornos mentais, evidenciando-se, assim, cenário caracterizado pelas sobrecargas objetiva e subjetiva nos cuidadores.

Dentre os comportamentos problemáticos, destacam-se: o discurso delirante e logorréico, o uso abusivo de cigarro e café, a prática de masturbação; a provocação de pessoas da comunidade, a colocação de apelidos nas pessoas de casa; e o caminhar para lugares depositários de lixos. Tais comportamentos alteram a dinâmica familiar, ocasionando conflitos e problemas de saúde para os cuidadores.

[...] não deixa ninguém dormir, conversa muita besteira à noite [...]. (...) tem uma loucura por artistas de televisão, tem hora que (...) quer entrar na televisão para ser artista. Fala que é amigo do ator tal, que estava dançando no programa de televisão [...] acha graça do nada e continua a falar de novo [...], conversa muito assunto de negócio de morte. Diz: “fulano matou o papai, fulano matou a mamãe, fulano matou a pessoa tal” [...]. (...) todo dia fala que os vizinhos colocam macumba. [...] (...) conversa muito só dentro de casa, tem um caminhar, fica com as mãos como se fosse telefonando não se sabe para quem, eu fico também com uma desimpaciência com aquele movimento dentro de casa [...]. um problema é (...) não deixar o cigarro, é um vício grande, isso me prejudica. Hora quer o cigarro comprado e é aquele fumo feito, é estalado de cochia, palito de fósforo, isso me irrita, eu não durmo de noite espirrando [...]. (...) toma muito café é um vício muito grande. outra dificuldade é que (...) coloca muitos apelidos na família [...]. Está também com a mania de ficar intimando com o povo que passa na rua, na frente de casa, fica dizendo nome feio com as pessoas, colocando apelidos, peço para parar e não adianta muito. O meu medo é esta pessoa não aguentar o palavreado besta e tentar invadir a casa [...]. Todo dia (...) fica se masturbando, quando eu saio de casa para resolver algo, muitas vezes eu fico preocupada com as pessoas em casa, até perguntei o médico se tinha remédio para isso, agora (...) nunca atacou ninguém [...]. (...) tem uma mania de andar pelo lixo procurando chinela, sapatos velhos. A gente compra uma chinela nova e no máximo (...) passa uns três dias com a chinela, depois vai para o lixo e volta com chinela velha. Devido ele andar no lixo, pega doença nos pés, lá vai eu tratar [...] Eu já venho cansada de tanto lutar com doente mental. Passei um período de seis anos tomando remédio, eu acho que eu também não queimo bem da cabeça, do juízo [...], não durmo de noite, pé cutuca, mão cutuca, braço cutuca. [...] é um aperreio muito grande na minha cabeça e no meu corpo.

Os cuidadores dessa pesquisa parecem que nunca conseguem ficar totalmente tranquilos em virtude das responsabilidades, preocupações e angústias que os acompanham no cotidiano. Sentem como se algo negativo possa acontecer a qualquer momento.

Percebeu-se que não se constitui tarefa fácil conviver nesse contexto explicitado. As famílias estudadas apresentam um discurso predominante em torno dos sintomas de seus familiares com transtornos mentais.

Os achados da investigação encontram ressonância em outros estudos realizados por diferentes estudiosos em cenários distintos. No que concerne aos aspectos mais característicos da esquizofrenia, destacam-se as alucinações e delírios, transtornos de pensamento e fala, perturbação das emoções e do afeto, déficits cognitivos e avolição (SILVA, 2006).

Nesse sentido, Melman (2002) afirma que os sintomas do transtorno mental, como alucinações, delírios, incluindo-se os comportamentos estranhos manifestados, desorganizam o cotidiano, sendo fonte de preocupação do familiar que procura pelo serviço de saúde mental. O investimento nas tentativas de resolver os problemas faz com que familiares passem a organizar suas vidas em torno das vivências da doença, pois se sentem paralisados e fechados em universo reduzido, direcionando parte do tempo cuidando do familiar.

Louzã e Elkis (2007) advertem que a doença mental constitui-se em uma experiência vivida pelo ser humano e por sua família. Alguns sintomas da doença trazem também, angústia e impaciência, decorrentes da necessidade de constante atenção e estímulo à ação.

Identificou-se que as famílias muitas vezes não sabem como lidar com comportamentos estranhos e até mesmo bizarros, os quais são manifestados pelos seus familiares com transtornos mentais. Presenciar episódios de alucinações, por exemplo, causa estranhamentos nos cuidadores. Eles muitas vezes não conseguem entender o por quê de tais manifestações e também não sabem como agir diante desse quadro.

Em investigação realizada por Barros, Chagas e Dias (2009), cujo objetivo principal foi conhecer os saberes e as práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental, constatou-se que as pessoas com transtornos mentais eram identificadas pelos referidos trabalhadores da saúde mediante observação de fatos externos, ou seja, na interpretação de atitudes expressas ou comportamentos considerados inadequados. A característica de comportamento bizarro emergiu também nos relatos dos agentes comunitários de saúde, os quais identificavam uma pessoa com transtorno mental por meio da

exteriorização de comportamentos atípicos e incoerentes, citado: tirar a roupa e sair correndo na rua, comer areia, comer as próprias fezes.

Os estudos realizados por Bulger *et al.* (1993); Greenberg *et al.* (1997); Doornbos (1997); Martínez *et al.* (2000b); Lauber *et al.* (2003); e Barroso *et al.* (2007) oferecem contribuições importantes em que se identificam os comportamentos problemáticos como um dos principais fatores produtores de sobrecarga familiar. As evidências da pesquisa desenvolvida por Barroso *et al.* (2007) detectou a existência de sobrecargas objetiva e subjetiva vivenciadas pelas famílias cuidadoras. No âmbito da sobrecarga objetiva, os achados indicaram a supervisão do consumo excessivo de cigarros e de bebidas não alcoólicas, como café e refrigerantes.

No tocante à sobrecarga subjetiva, o ato de supervisionar comportamentos vergonhosos dos familiares destacou-se como os itens mais incômodos para as famílias. Neste contexto, inclui-se também a relação de comportamentos problemáticos, envolvendo quadro de: agitação, agressividade verbal, crises de nervo, fugir para a rua, pedir bastante atenção, agressividade física, falar sozinho, quebrar objetos, recusar medicação, ficar sem roupa, problemas de sexualidade, pedir comida na rua, dentre outros (BARROSO *et al.* 2007).

Deve-se considerar que independente de apresentarem transtorno mental, os usuários com transtornos mentais são pessoas como outras que possuem sexualidade, vontades, libido. É fato que em virtude do transtorno mental, muitos poderão manifestar a busca pela satisfação dos desejos sexuais de maneira impulsiva, acrítica, desconsiderando-se as regras sociais consensuadas.

Apesar de nos dias atuais se constatar que a temática acerca da sexualidade é bastante discutida em diversos canais de comunicação e cenários de convivência humana, em que há tendência em inserir o citado tema no âmbito de discussões naturalizadas, observa-se em nossa cultura que a sexualidade ainda é um dos temas permeados por discrições, receios, pausas, silêncios e ponderações.

As observações nos campos da atenção domiciliar propiciaram detectar que para as famílias estudadas é tarefa difícil, angustiante e embaraçosa lidar com a sexualidade dos familiares com transtornos mentais. A atitude mais comum é o mascaramento ou a negação da sexualidade deles. Em alguns casos específicos, detectou-se que as famílias recorrem a prática de solicitar um membro da família para levar os familiares com transtornos mentais para a

prática de relação sexual com uma mulher “da vida “que realizava “programa” na comunidade.

Nesta pesquisa, as narrativas foram confirmadas pelas observações no campo da atenção psicossocial e revelaram que a supervisão dos comportamentos problemáticos afeta a dinâmica familiar, acarretando problemas na saúde física e mental dos cuidadores. É patente o sofrimento mental expressado pelas famílias, o qual é também comunicado mediante formas diversas de somatizações.

Torna-se importante, portanto, que os serviços de saúde mental desenvolvam intervenções, visando orientar as famílias sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos familiares com transtornos mentais.

Desse modo, a realidade vivenciada pelas famílias torna-se objeto de conhecimento da equipe de saúde mental, uma vez que necessita compreender percepções e representações das famílias a partir de histórias de vida singulares (suas dificuldades, potencialidades, medos, fragilidades, estratégias de cuidado etc.). Assim, os trabalhadores da saúde poderão oportunizar discussões e reflexões acerca da negociação cotidiana de problemas, oferecendo às famílias apoio emocional e suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e de possíveis dificuldades enfrentadas no dia a dia.

Por meio da realização dos grupos focais, as narrativas indicaram que o aspecto financeiro caracterizado pelo baixo poder aquisitivo das famílias cuidadoras estudadas acarretava dificuldades no contexto da convivência.

[...] (...) estraga muita água e sabonete, liga o chuveiro e fica derramando água sem precisão, a conta de luz dá alta demais, a gente precisa ficar controlando [...] Os recursos financeiros são muito pouco, dá mesmo só para a gente ir sobrevivendo, antes (...) trabalhava, tinha uma renda, ajudava nas despesas de casa, depois da doença mental (...) não teve mais condições de trabalhar, isso me maltrata muito e fica pesado também para as despesas [...] eu não posso dar a (...) o que (...) pede, eu também não posso porque não tenho dinheiro [...]. As pessoas com problema mental têm muito apetite, se eu tivesse uma renda melhor nós passaríamos bem melhor [...], o meu dinheiro é pouco demais e para agir pra tudo numa despesa de casa, para sustentar do sal ao pó é difícil [...]. (...) não recebe benefício nenhum, o meu outro filho corta cabelo, mas ele quase não ganha nada [...]. Eu ainda faço chapéu para ajudar um pouco nas despesas de casa, o dinheiro só dá para pagar a bodega, o alimento, a água e a luz, é tudo contado [...], a gente precisa se rebolar, ter muito controle para não passar por mais dificuldades [...].

A sobrecarga familiar além de sentida nos aspectos emocional e físico, é também vivenciada no âmbito econômico. Identificou-se que os usuários com transtornos psiquiátricos apresentam dificuldades para produzir economicamente, isto significa que há situação de dependência em relação aos cuidadores.

A diminuição da produtividade do familiar com transtorno mental é uma situação que não é fácil de ser administrada pelos cuidadores. Pois, as famílias dispõem de uma renda familiar limitada e sustentar o familiar com capacidade produtiva diminuída causa influências diretas no orçamento. Detectou-se também casos de pessoas com transtornos mentais que nunca trabalharam e não obtinham renda, assim como também casos de pessoas que tinham ocupações geradoras de rendimentos, contribuindo inclusive com as despesas de casa, que depois do adoecimento mental passaram a depender economicamente da família.

Os achados desta investigação são corroborados pela literatura por diferentes autores, os quais são mencionados no decorrer da pesquisa, entre estes, Moura (2005) evidenciou que no contexto de privações econômicas nas quais muitas famílias estão imersas, detectou-se que as famílias sofrem por não contar com um integrante familiar inteiramente produtivo.

Borba *et al.* (2008a) sinalizam para o fato de que uma parcela expressiva das famílias vivem em situação econômica desfavorável, o que em parte as torna mais vulneráveis. Quando se trata da família que coexiste com o sofrimento mental, essa vulnerabilidade é intensificada e a dificuldade financeira agravada, pois a família vivencia um processo de maior complexidade, que exige novas estruturas referentes às relações de trabalho, às inter-relações e ao orçamento familiar. Torna-se necessária a previsão de faltas ao trabalho em virtude do acompanhamento e atendimento às demandas de cuidados prestados à pessoa com transtorno mental, podendo comprometer a única fonte de renda da família.

Evidencia-se situação de sobrecarga financeira no contexto diário para famílias de pessoas com transtornos mentais. Estas tinham de lidar com as preocupações referentes ao suprimento das necessidades de casa e do tratamento, bem como enfrentar privações, em decorrência do orçamento rígido e controlado (BORBA *et al.*, 2008a).

As narrativas das famílias revelaram que os cuidadores demonstraram determinado pesar pelo fato de o familiar ter sido outrora pessoa produtiva, em que a sua renda ajudava nas despesas domésticas. Porém, com o surgimento do adoecimento mental, a

situação se modificou, pois a pessoa saiu de um lugar de produtividade para a improdutividade, não havendo mais a colaboração no orçamento de casa, passando a depender da renda familiar e assim acarretando sobrecarga financeira.

A estudiosa Romagnoli (2006), ao evidenciar o aspecto financeiro das famílias entrevistadas, percebeu que a pessoa com adoecimento mental ou representava um sustentáculo da renda familiar, quando recebia benefício assistencial ou aposentadoria, ou era considerada peso para o grupo familiar, devido a ter de usufruir dos escassos recursos existentes. Em relação àqueles que recebiam o auxílio, seu dinheiro era bem-vindo para o grupo, configurando-se fundamental para sobrevivência e preservação do dia a dia. Apreendeu-se, também, que geralmente os familiares com transtornos mentais não tinham condições de gerir a própria renda, sendo que o responsável pela família realizava essa função.

Nas situações em que as pessoas com transtornos mentais não recebiam renda, correspondiam a um peso para a família, que as encaravam como mais um adulto para sustentar. Desta maneira, as famílias que não possuíam o benefício se esforçavam de maneira assídua para consegui-lo (ROMAGNOLI, 2006).

Quando a pessoa com sofrimento psíquico recebe algum tipo de benefício, a família fica mais aliviada pelo aspecto financeiro. Entretanto, podem surgir problemas em torno da administração do dinheiro. No caso do grupo de famílias estudadas por Santin e Klafke (2011), as queixas mais frequentes estavam relacionadas à forma como o dinheiro estava sendo utilizado. Alguns usuários davam parte significativa do dinheiro às igrejas ou a pessoas de má-fé. As famílias expressavam também medo de que eles pudessem estar comprando bebidas alcoólicas ou drogas.

Pesquisa elaborada por Barroso *et al.* (2007) indicou que considerável parcela dos cuidadores considerava os seus gastos com os familiares como frequentemente, sempre ou quase sempre pesados. As famílias precisavam abranger as despesas dos familiares com transtornos mentais, sendo que esses gastos correspondiam a 12,8% da renda familiar total. Considerando o baixo nível socioeconômico da maioria das famílias entrevistadas, essa porcentagem poderia acarretar peso excessivo para os demais familiares, contribuindo para que se sentissem sobrecarregadas.

Evidenciou-se nas narrativas desta pesquisa que a realização de atividades de autocuidado, como a de asseio corporal, tornava-se ação geradora de ônus financeiro para as famílias, pois os familiares com transtornos mentais utilizavam de maneira inapropriada os produtos de higiene pessoal, gastavam água em excesso e desnecessariamente, fatores estes que impactavam nas contas de luz e no orçamento financeiro das famílias.

Consoante à realização das entrevistas individuais, grupos focais e observações no campo da atenção domiciliar, detectou-se que a maioria das famílias dispunha de orçamento financeiro limitado, fator este que induzia a necessidade de realização de controles para com as necessidades domésticas e de tratamento.

Na conjuntura do citado controle, deve-se considerar que usuários encontram-se em condição de improdutividade em decorrência do transtorno mental do qual foram acometidos. Acrescenta-se também o fato de alguns se depararem com dificuldades de inserção no mercado de trabalho e de uma parcela significativa não receber renda, benefício assistencial ou aposentadoria.

Na sociedade capitalista, impera a valorização exponencial de pessoas com capacidade de produção e de geração de rendas. Aqueles considerados incapazes de gerarem renda são excluídos sumariamente e perversamente pelo sistema predominante. E em se tratando de pessoas com transtornos mentais, historicamente marcadas por estigmas e preconceitos, concebidas como ociosas, inúteis, incapazes, improdutivas, a situação apresenta-se bastante complexa e dramática.

As observações no campo da atenção psicossocial permitiram também apreender que os recursos financeiros das pessoas com transtornos mentais, oriundos de aposentadorias ou benefícios do Instituto Nacional da Previdência Social (INSS), são gerenciados pelos cuidadores. A renda financeira é destinada para eles, assim como para as despesas de casa.

Em se tratando de familiares com transtornos mentais que não possuem benefícios ou aposentadoria, identificou-se que as famílias realizavam busca incessante pela concessão das referidas possibilidades de aquisição de renda financeira, com apoio da equipe do CAPS. Não são raras as situações em que as famílias não conseguem compreender e mostram-se indignadas quando são frustradas nesses objetivos traçados, em virtude das regras impostas pelo INSS.

No que concerne à convivência com os usuários com transtornos mentais, algumas famílias vivenciavam um contexto caracterizado por facilidades na convivência, isto demonstrou que a convivência pode acontecer de maneira harmoniosa, não penosa ou mesmo interpretada como um fardo pesado:

[...] não tem dificuldade na nossa convivência não. (...) é uma pessoa que não me dá trabalho de jeito nenhum, faz é servir e me ajudar dentro de casa [...]. Nos dias de hoje, (...) passa o dia assistindo televisão, não quer sair de casa, hoje é uma pessoa tranquila, coopera comigo, faz um mandado, faz outro dentro de casa. Toma banho sozinho, se alimenta também. Eu não tenho maiores dificuldades com (...) não [...]. (...) toma os medicamentos tudo bem certinho, nunca mais precisou de internação, faz o tratamento dele direitinho [...], para fazer o exame de sangue (...) gosta de fazer [...]. (...) antes era agressivo, fumava muito cigarro, usava um saco de fumo durante um dia, mas graças a Deus (...) deixou, agora não fuma e nem bebe. (...) é muito bom para mim e faz o que pode para me ajudar, para me ver bem, satisfeita [...] Eu conto com a ajuda do irmão dele que também faz tratamento no CAPS e que é muito bom para mim, ele me ajuda dentro de casa, lava as roupas da gente, é meu braço direito [...].

Algumas famílias não enfrentavam dificuldades e não se sentiam sobrecarregadas pelo fato de serem as cuidadoras de familiares com transtornos mentais. Ressaltaram, inclusive, que eles mostravam-se cooperativos no tratamento e nas atividades de casa.

Interpreta-se dessa maneira que a convivência com pessoas com transtornos mentais não significa necessariamente sofrimento, fardos e perdas. Neste contexto, devem ser considerados diversos fatores: a fragilidade dos laços afetivos, a dinâmica de funcionamento de cada grupo familiar, a forma como eles se comunicam e encaram o fato de ter uma pessoa com transtorno mental, o jeito de ser de cada familiar com transtorno mental, os aspectos referentes aos tipos de transtorno mental, o histórico das formas de atenção prestadas às pessoas ao longo da sua trajetória de vida, dentre outros aspectos.

Pesquisa realizada por Rosa (2003) demonstrou que à medida que ocorrem recaídas no quadro psicopatológico da pessoa com transtorno mental, algumas famílias vão aprendendo a manejar suas próprias dificuldades, praticamente pelo ensaio e erro. Também aprendem a manejar alguns sintomas, como a agressividade. Algumas famílias conseguem prever o início de uma crise psiquiátrica à medida que a enfermidade se estabiliza.

Estudos realizados por Baptista (2011) apontaram que muitas famílias, à semelhança do que aconteceu com os familiares com transtornos mentais, afirmaram estabelecer relação harmoniosa no cenário de convivência.

A relação da família com a pessoa com transtorno mental por vezes mostra-se tensa, entretanto, segundo Borba *et al.* (2011), quando os sintomas decorrentes do transtorno estão controlados, a convivência pode ser harmoniosa. Isto possibilita a compreensão de que o ser humano com transtorno mental deve ser concebido como um ser único dotado de capacidades, e que, embora apresente limitações, tem capacidade de se relacionar e desenvolver atividades.

As pessoas com transtornos mentais não devem ser encaradas de maneira reducionista à luz do adoecimento mental. São seres singulares e plurais, assim as famílias precisam investir nas potencialidades que elas possuem. Por outro lado, os trabalhadores de saúde devem operar a atenção em saúde mental às famílias e familiares com transtornos mentais concebendo a clínica à luz de uma dimensão ampla.

Nesse sentido, deve-se considerar que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Há limites na prática clínica centrada na doença, bem como uma complexidade inerente aos usuários que utilizam os serviços de saúde (BRASIL, 2007b).

Para Campos e Amaral (2007), torna-se essencial ampliar o objetivo ou a finalidade da clínica, pois esta poderá também contribuir para ampliação do grau de autonomia dos usuários. No que concerne à autonomia, deve ser entendida como ampliação da capacidade do usuário de lidar com a própria rede ou sistema de dependências. Assim, estão envolvidos vários aspectos: idade, condição debilitante, contexto social e cultural, subjetividade e a relação de afetos de cada pessoa, dentre outros.

A construção de autonomia e autocuidado somente serão alcançadas quando se pratica uma clínica compartilhada, assim deve ser modificada de maneira radical a postura tradicional que apresenta a tendência de transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada por meio da ampliação da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si e o mundo da vida. O grau de autonomia pode ser auferido pela compreensão acerca do processo saúde versus enfermidade, pela capacidade de autocuidado e de uso do poder, assim

como pelo estabelecimento de compromissos e contratos realizados com outros (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Dessa maneira, a equipe da saúde precisa estimular as famílias a se perceberem além de cuidadoras de familiares com transtornos mentais. Estes por outro lado, devem também ser incentivados a se tornarem protagonistas de suas próprias histórias. Os trabalhadores de saúde mental devem apoiá-los para que superem o papel de meros usuários psiquiátricos passivos, desprovidos de saberes e experiências singulares e importantes. Não se deve mantê-los reféns e depositários dos saberes e das práticas dos especialistas.

É possível a criação de um novo território existencial, de outro funcionamento, de outro modo de conviver das famílias com a doença mental. Esse se constitui no desafio do atendimento familiar na rede de saúde mental, ou seja, transformar esse cuidado, não em um fardo, mas em uma forma de subjetivação, de união, fazendo emergir, a partir desse cuidado, as linhas flexíveis da subjetividade, para compor formas de subjetivação singulares em cada grupo atendido (ROMAGNOLI, 2006).

Deleuze e Guattari (1995), Romagnoli (2006) consideram que a subjetividade tem como essência a potência da vida, que possui dimensão criadora, intensa, heterogênea, que estala nos encontros efetuando agenciamentos, produzindo acontecimentos mediante a afirmação de singularidades.

Considerando-se os grupos de famílias estudados nesta pesquisa, entende-se que a equipe de saúde mental da RAISM deve desempenhar papel essencial, com vistas à sensibilização das famílias no que tange ao conhecimento e à compreensão da problemática do transtorno mental, oferecendo suporte para que estas possam lidar melhor com a situação, compartilhando saberes e experiências acerca das repercussões e dos desdobramentos causados pelo adoecimento mental, contribuindo para minimização de medos e angústias, possibilitando condições mais favoráveis para integração dos familiares com transtornos mentais nos universos familiar, comunitário e social e, principalmente, colaborando para criação de novas formas de subjetivação do papel das famílias cuidadoras.

Acrescenta-se que as observações nos campos da atenção psicossocial e domiciliar confirmaram a necessidade de a equipe de saúde mental da RAISM realizar ações mais efetivas com as famílias cuidadoras voltadas para redução e prevenção dos sintomas do transtorno mental, os quais são desencadeadores de problemas e alterações na dinâmica

familiar, bem como estimular a interação das famílias com os familiares com transtornos mentais, ao invés de priorizar comportamentos focados no controle e na vigilância.

Vislumbra-se, assim, a possibilidade de construção de cenários de convivência harmoniosos entre famílias e familiares com transtornos mentais, aspectos diretamente responsáveis pela melhoria da qualidade de vida do grupo familiar. Estes se configuram desafios para o cuidado operado sob a égide psicossocial.

Subtema 2 - Exclusão social dos familiares com transtornos mentais como aspecto dificultador na concepção das famílias cuidadoras

Nos grupos focais, as narrativas das famílias evidenciaram o processo de exclusão social, no qual os familiares com transtornos mentais estão inseridos. O preconceito, o estigma, o desrespeito aparecem como marcas danosas que retroalimentam a permanência deles no lugar de exclusão.

[...] A sociedade rejeita muito, não respeita, tem também medo de pessoas que têm doença mental, [...] os pacientes mentais são assim como que colocados de lado [...], eu vejo que pessoas assim se sentem muito excluídas pela realidade social [...], as pessoas olham assim enviesado para eles, tem muito preconceito com gente assim [...]. Muitas vezes, os pacientes mentais são levados assim na chacota, intimam com eles, ficam colocando apelidos neles, acham que são pessoas incapazes, tolas, é muito ruim isso [...]. A coisa mais difícil é uma pessoa com doença mental conseguir um trabalho, um emprego, depois que descobrem que a pessoa tem um problema mental, as portas se fecham [...] Precisa que os profissionais da saúde mental do município desenvolvam mais ações, façam mais por estas pessoas para diminuir mais esse preconceito da sociedade, essa exclusão que é tão grande [...]. As pessoas com adoecimento mental são cidadãos como qualquer outra pessoa [...].

O estigma e o preconceito social que atingem as pessoas com transtornos mentais se configuram como acontecimentos incongruentes com as propostas de habilitação social desenvolvidas pelos dispositivos compromissados com o processo de efetivação da reforma psiquiátrica. Apresentam impedimentos importantes e nefastas repercussões na dinâmica de integração dessas pessoas na comunidade e no tecido social.

Infelizmente constata-se que o preconceito é um aspecto patente na sociedade e as pessoas com adoecimento mental muitas vezes são vítimas de violências: psicológica, física e

social. Elas carregam consigo sofrimentos e marcas profundas em virtude do isolamento social do qual são implacavelmente atingidos. São muitos os obstáculos para a sua inserção no contexto comunitário e social.

As pessoas com transtornos mentais são também vítimas de discriminação, de processos de segregação e desqualificação. De modo geral, a pessoa com transtorno mental é associada erroneamente à violência, agressividade, periculosidade e imprevisibilidade. Como consequência, ela passa a ser estigmatizada, rejeitada, excluída e temida pela população. O preconceito, bem como a falta de conhecimento e manejo das pessoas no lidar com os indivíduos com transtornos mentais e comportamentais, dificultam consideravelmente a integração desses nos universos familiar, comunitário e social, e acarretam prejuízos e mazelas em suas vidas nos mais variados aspectos, em particular, nos relacionados ao estudo, trabalho, lazer, cultura, cidadania, enfim, na sua vida social.

Considerando-se os estudos de Basaglia (1985), Amarante (1994), Foucault (2004) e Goffman (2003), percebe-se que na história da saúde mental no mundo e no Brasil a criação do manicômio se configura como resposta social à loucura. O manicômio significou um lugar da separação e segregação, conformando-se como instituição total destinada às pessoas excluídas da sociedade.

No que concerne à instituição total, Basaglia e Giannichedda (1981) esclarecem que é também considerada instituição difusa, em virtude de difundir e transmitir socialmente, mediante práticas instituídas, concepções e representações de conteúdos excludentes que contribuem para construção e/ou reforço de estereótipos, estigmas e discriminações em relação à pessoa identificada como doente mental/desviante.

Ao longo da história, as pessoas com transtornos psiquiátricos são vítimas de um processo de segregação da sociedade, em hospital psiquiátrico com as suas diversificadas características perniciosas, incluindo-se as internações de longa data que favoreceram e retroalimentaram um quadro propício para exclusão, reforçando identidade de incapacidades, desabilidades que prejudicaram e dificultaram sobremaneira o processo de habilitação social e produtiva dessas pessoas.

De acordo com um censo dos usuários internados em instituição psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro, realizado na década de 1980, identificou-se que o tempo médio de internação era equivalente a 26 anos. Ademais, segundo dados do Ministério da Saúde

(BRASIL, 2007b), foram registrados casos de pessoas com mais de sessenta anos de internação. Muitas destas eram encaminhadas para hospital psiquiátrico para jamais retornarem às suas casas, desenhando-se um evidente processo de exclusão social.

Considerando-se o município de Sobral, no Estado do Ceará, cenário desta pesquisa, identifica-se, consoante os estudos de Barros e Jorge (2011), que o hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, por excelência, contribuiu de maneira determinante para o processo danoso de produção de uma cultura manicomial e exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Os discursos dos usuários denunciaram um processo de exclusão social, produzido pela existência de preconceito e estigma, impregnados na cultura local. Isto sinalizou a urgência de se implementar nos serviços da rede estratégias e desenvolvimento de ações permanentes para superação da cultura vigente, mediante a construção de uma outra com valorização da pluralidade das manifestações humanas (BARROS; JORGE, 2011).

Mângia e Muramoto (2007), ao tomarem como fonte de pesquisa as contribuições da OMS (2001), de Huxley e Thornicroft (2003), denunciam que a população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente. A citada população é quatro vezes mais predisposta do que a média a não ter um amigo próximo. Estas investigações sobre redes sociais e saúde mental demonstram que as pessoas com os mencionados transtornos apresentam redes sociais menores do que a média das outras pessoas.

Considera-se que a existência de um transtorno mental em um contexto familiar não se restringe a alterações e repercussões diversificadas somente nesse âmbito de convivência, pois atinge inevitavelmente o tecido social. Isto significa que se trata de uma problemática de âmbito individual, intrafamiliar e coletiva.

Não são raros os casos em que se detecta também que trabalhadores da saúde sentem receios e mesmo medo de se aproximar de pessoas com transtornos mentais, fato este que compromete o ato de cuidar. Consoante pesquisa realizada por Barros *et al.* (2009) com agentes comunitários de saúde em um município do nordeste brasileiro, apreendeu-se que estranheza e o medo frente a determinados comportamentos se constituem entraves ao relacionamento entre os citados trabalhadores e indivíduos com transtornos mentais. Nesta perspectiva, os trabalhadores da saúde apontaram para possibilidade de que as pessoas com

transtornos mentais manifestavam descontrole súbito, implicando agressividade e atitudes violentas.

Sampaio e Barroso (1997a) reiteram o fato de que nenhuma outra categoria humana, ao longo da história da humanidade, foi tão vítima de preconceitos e estigmas como as pessoas com algum tipo de transtorno mental. Argumentam que o homem realizou grandes feitos e conquistou avanços significativos no universo tecnológico, porém não conseguiu ainda relacionar-se sem temor com o desconhecido, não conseguiu aproximar-se das pessoas com adoecimento mental.

Os Estudiosos Amarante (1999) e Bezerra Júnior (2007) evidenciam as dimensões da reforma psiquiátrica, dentre estas se destaca o aspecto sociocultural que deve ser considerado de grande relevância. Quanto à dimensão sociocultural, Bezerra Júnior (2007) argumenta que o desafio consiste em fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que transcenda as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público acerca do tema atores de diversos segmentos sociais.

Ademais de buscar a aceitação de uma nova política assistencial, o desafio é produzir uma nova sensibilidade cultural para o tema da loucura e do sofrimento psíquico. Trata-se de promover desconstrução social dos estigmas e estereótipos vinculados à loucura e à figura do doente mental, substituindo-os por um olhar solidário e compreensivo sobre a diversidade e os descaminhos que a experiência subjetiva pode apresentar, perspectiva baseada em atitude de respeito, tolerância e responsabilidade com aqueles que se encontram com a normatividade psíquica restringida (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

No concernente à relação das pessoas com o universo do trabalho, ressalta-se que de maneira geral, muitas pessoas com transtornos mentais, distantes do quadro agudo e da crise, têm a possibilidade de assumirem responsabilidades e desempenharem diferentes atividades profissionais. O universo do trabalho é primordial para o desenvolvimento biopsicossocial do ser humano, em especial por propiciar o resgate da autoestima, dignidade e do exercício de cidadania.

Entretanto, é importante ressaltar que o trabalho pode ser fonte de saúde, como também de doença. Assim, no âmbito da atenção em saúde mental, com vistas à inclusão

social pelo trabalho dos usuários em acompanhamento, devem-se considerar aspectos importantes, como: interesses, aptidões, habilidades, inabilidades, condições físicas e mentais, cenário de possibilidades de trabalho mais adequadas a particularidade de cada caso.

Pesquisa realizada por Barros e Mângia (2007) evidenciou que os serviços de saúde mental devem desenvolver projetos terapêuticos singulares, alinhados às necessidades, desejos e possibilidades de cada sujeito. Devem-se evitar propostas indiferenciadas, como aquelas representadas pela demasiada oferta de oficinas ou grupos, que muitas vezes ocupam a maior parte do tempo das pessoas sem, no entanto, sustentarem respostas significativas para a melhoria da vida de cada sujeito.

A reflexão acerca dos dados da investigação reforçou a ideia sobre a necessidade de investimento no fortalecimento das redes sociais, enquanto aspecto central e não secundário, de um plano terapêutico, no contexto das práticas de atenção em saúde mental. Verificou-se na investigação que os resultados eficazes na intervenção junto à população com transtornos mentais severos, estão intrinsecamente e, principalmente, relacionados ao fortalecimento das redes sociais, do que ao controle dos sintomas ou recaídas, ou ainda no simples desenvolvimento de habilidades (BARROS; MÂNGIA, 2007).

No tocante às redes sociais, estas são definidas por Sluzki (1997) como a soma das relações que as pessoas percebem como significativas, podendo se inserir nesse contexto: a família, amigos, colegas de trabalho, pessoas da comunidade, dentre outros. As redes sociais, como salienta Rocha (2005), são teias de relações que circundam o indivíduo, assim, permitem que ocorra união, comutação, troca e transformação. Ao integrá-la, existe a possibilidade de se organizar socialmente como estrutura descentralizada, em que todos podem, simultaneamente, ocupar diferentes e distintas posições, dependendo dos interesses e dos temas tratados.

No cenário da desinstitucionalização operada mediante os dispositivos de efetivação do processo de reforma psiquiátrica, às questões relativas à cidadania e autonomia da pessoa com transtorno mental são assuntos inadiáveis e devem fazer parte de maneira permanente da agenda da atenção psicossocial.

Nesse sentido, há implicação no que tange à ampliação do conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos com suas diferenças e diversidades, colocando-os no mesmo âmbito de sociabilidade, possibilitando-lhes o real direito ao cuidado,

para que recebam ajuda em seu sofrimento, sua positividade e em sua possibilidade de sujeito de desejos e projetos (AMARANTE; TORRE, 2001).

Entende-se que não basta tão somente fechar hospitais psiquiátricos e substituí-los por novos dispositivos de atenção em saúde mental. São fundamentais as mudanças concernentes às representações associadas aos transtornos mentais. Há a necessidade de ações efetivas para desmistificar o adoecimento mental que erroneamente e prontamente é associado à violência, improdutividade, incapacidade. Este trabalho deve ser prioridade da equipe de saúde mental que atuam no contexto da atenção psicossocial. Tema absolutamente inadiável e urgente.

Os CAPS são colocados como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e a sua principal característica, segundo preconiza o Ministério da Saúde (2004b) é integrar as pessoas com transtornos mentais a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e famílias.

Entende-se assim que o CAPS é um dispositivo essencial para efetivação da reforma psiquiátrica, pois além de ter de estabelecer laços de compromisso com a atenção de qualidade em seu locus de atuação, precisa necessariamente estabelecer articulações intersetoriais, comunitárias e sociais, visando à ampliação de novos espaços de cuidado nos diferentes territórios.

O processo de reabilitação busca promover mudanças no lugar social tradicionalmente ocupado pelas pessoas com transtornos mentais e, para tanto, as intervenções não visam somente os sujeitos, como também o próprio contexto social e as redes sociorelacionais (SARACENO, 2001).

Segundo Sá (2006), pode-se apreender a relevância da família no tratamento da pessoa com transtorno mental e suas importantes contribuições, seja como agente terapêutico ou como articulador social, rompendo com a visão reducionista e maniqueísta sobre a família e instigando a participação desta na habilitação psicossocial. Tal participação implica na ampliação de redes sociais. A primeira destas redes a ser pensada deve ser a família, mas isto não deve se restringir a esta única instituição, apoiadora, portanto faz-se necessário desenvolver ações destinadas à ampliação quantitativa e qualitativa dessa rede social.

Com base nas narrativas das famílias e mediante as observações realizadas no campo da atenção psicossocial, percebe-se que o CAPS, cenário desta pesquisa, assim como os demais dispositivos da RAISM realizam iniciativas ainda tímidas no concernente às ações mais efetivas e possibilitadoras de inclusão social dos usuários com transtornos mentais.

Apreende-se que os dispositivos da RAISM apresentam fragilidades no tocante à realização de ações voltadas para operar a transição cultural da sociedade em relação às pessoas com adoecimento psíquico. Há a predominância da função técnico-assistencial, e o CAPS realiza de forma incipiente o seu papel enquanto dispositivo inovador da atenção em saúde mental.

A função técnico-assistencial é uma dimensão de relevância, porém torna-se limitada diante da necessidade imperiosa de superação de uma cultura manicomial herdada do modelo hospitalocêntrico e do processo de exclusão social patente que atinge implacavelmente as pessoas com adoecimento mental.

A sociedade precisa ser preparada para a convivência com a pessoa com adoecimento mental. A desmistificação relativa à periculosidade e incapacidade atribuídas a essas pessoas só pode acontecer no cenário real de convivência, de interação humana, de trocas sociais. A equipe de saúde mental não pode permitir que a sua prática seja guiada por espontaneísmos ou direcionada unicamente para a resolução de situações mais urgentes que se apresentam no momento. O cuidado deve ser responsabilmente planejado a fim de que sejam operadas as mudanças e transformações sociais que realmente são almejadas e defendidas no cerne da reforma psiquiátrica.

São necessárias múltiplas estratégias voltadas para a construção de um novo lugar social para as pessoas com transtornos mentais. É primordial a construção de uma sociedade de fato inclusiva, acolhedora, que desenvolva a capacidade de conviver com a diversidade das manifestações humanas. Os diferentes segmentos sociais e políticos devem ser envolvidos efetivamente nesse contexto.

Acrescenta-se que nessa pesquisa detectou-se que o envolvimento das famílias na abordagem dos serviços da RAISM demonstra-se ainda periférico, ocorrendo mediante a realização de atendimentos individuais voltados para os familiares com transtornos mentais, visitas domiciliares e reuniões ancoradas em orientações diretivas, com a predominância da técnica de aconselhamentos realizados pelos diferentes trabalhadores da saúde.

Subtema 3 - A Família no contexto da reforma psiquiátrica: o si próprio, subjetividades e participação no tratamento

As narrativas evidenciaram a carência de suporte familiar no cuidado e diversificação de responsabilidades assumidas pelos cuidadores, acrescentando-se ainda o fato de os familiares com transtornos mentais apresentarem problemas clínicos de saúde. Estes aspectos são produtores de sobrecargas e contribuem para a intensificação de problemas de saúde nas famílias.

[...] tudo depende de mim, se tivesse uma pessoa pra me ajudar, porque é só eu para lutar [...]. Toda a obrigação é minha [...], cada um já tem outras obrigações e a luta fica comigo [...] é muito puxado para mim a luta do dia a dia. Se eu tivesse mais gente para me ajudar, seria muito bom. Eu cuido de (...) com esse problema mental faz muitos anos, é muito cansativo. [...] quase todo dia eu tenho um bocado de roupa para lavar e um mói de vasilha [...], faço almoço, cuido da casa, (...) não ajuda nas tarefas de casa, diz que não sabe fazer, fica muito puxado para mim fazer tudo só [...]. O que se torna difícil hoje é a dificuldade da responsabilidade. Só eu com a minha pessoa para lutar (...), responsabilidade de um lar, todas as responsabilidades de mãe, de dona de casa [...], sou eu pra tudo, então não é só uma carga, são várias [...]. Cuido de outro irmão que é alcoolista e doente mental, até para banhar ele sou eu que banho. Tem mais outro irmão que é doente, teve um problema na cabeça, é meio desorientado e não faz tratamento. [...] Além do problema mental, (...) tem diabetes, pressão alta [...]. Tem dias que eu estou arreada [...]. [...] quem toma de conta de pessoas assim, às vezes, eu tenho até medo de ficar igual ou pior, porque o negócio é sério [...]. Tem hora que eu fico perturbada mesmo. Choro muito, estou com dificuldade de dormir, sinto um farnezim, um aperreio no juízo.

A dependência da familiar com transtorno mental acarreta sobrecarga de ordem prática aos cuidadores. Há um ambiente de tensão vivenciado pelo cuidador que também é responsável por outras atividades desenvolvidas no cotidiano.

A pesquisa revelou que a maioria das famílias cuidadoras tinha a mulher como a responsável pelo cuidado de familiares com transtornos mentais. Dos 20 cuidadores, treze eram representados pelas mães, um pelo pai, um pela esposa, quatro irmãos, e uma tia.

Achados corroborados por investigações realizadas por diferentes estudiosos em diversos cenários em que a figura feminina é evidenciada. Estudos realizados por Carvalho, 2006; Silva, Lippi, Pinto, 2008, Greenberg *et al.*, 1997; Doornbos, 1997; Martínez *et al.*, 2000; Soares e Menezes, 2001; Lauber *et al.*, 2003 indicaram que as mulheres, especificamente as mães, eram as principais cuidadoras das pessoas com transtornos mentais e destacaram que elas sentiam mais sobrecarga do que os demais membros da família.

A preponderância da mulher no ato de cuidar pode ser compreendida à luz da representação cultural e social arraigada da figura feminina no papel de cuidadora na sociedade. As ideologias que foram se conformando ao longo do tempo designaram as atribuições e os papéis que deveriam ser desempenhados pelas pessoas do sexo masculino e feminino.

Importante ressaltar que a própria natureza do sistema patriarcal e o estabelecimento da divisão de trabalho entre o homem e a mulher produziram as condições propícias para a afirmação da personalidade feminina, dada a sua influência direta junto à família.

À figura feminina foi delegada a responsabilidade pelo gerenciamento do lar. Assim a mulher deveria se encarregar da administração do lar e da educação dos filhos. O homem permanecia por pouco tempo no domicílio, fato justificado pela sua dedicação aos negócios.

Carvalho *et al.* (2008) afirmam que no Brasil e em todo o mundo, o papel de cuidador é atribuído à mulher devido às normas culturais e sociais, de maneira que as jovens devem cuidar dos filhos e, depois, quando mais velhas são responsabilizadas também pelo cuidado ao marido, idosos e adoecidos no núcleo familiar. Acrescentam-se as mudanças oriundas do universo do trabalho, seus dilemas e precarizações que exercem importante influência, no sentido de contribuírem de forma expressiva para que as mulheres assumam a função de chefes de família.

O homem normalmente se ocupa das questões da esfera pública, social, deixando a cargo da mulher as questões das esferas privada, familiar. Portanto, não sofre as mesmas consequências da sobrecarga emocional devido a permanecer por um período expressivo em espaço extradomiciliar (CAMPOS; SOARES, 2005).

Vasconcelos (2003) elucidam que as mulheres se configuram como aquelas que normalmente cuidam em virtude da herança que remonta aos primeiros grupos e comunidades humanas. A divisão social de gênero foi organizando uma cultura patriarcal que se expressa não somente em padrões objetivos de relações sociais, mas que também marca arquetipicamente o inconsciente humano, em sua tessitura mais profunda, nas identidades de homens e mulheres. O autor acrescenta ainda que:

Os homens, ao longo dos séculos, foram condenados à provisão material, ao fazer, à razão e ao anonimato da rua e das relações na esfera pública. Às mulheres, o cuidar, o sentir, a emoção e o compromisso pessoal, na casa, ou seja, na esfera privada e no âmbito da reprodução social. A revolução feminista do século XX revelou e desmascarou esse processo opressivo que atinge tanto as mulheres quanto os homens. Se é pesado o hoje já parcialmente reconhecido fardo sobre as primeiras, como denunciaram as feministas, sobre os homens também pesam a hegemônica distância da emoção, a insensibilidade e o descompromisso pessoal, o machismo e a homofobia das identidades masculinas convencionais que herdamos (VASCONCELOS, 2003, p.15).

As famílias estudadas nesta pesquisa argumentaram também que além de outras responsabilidades às quais têm de comportar, incluindo-se as domésticas, se veem sozinhas na missão de cuidar dos familiares com transtornos mentais há períodos de longas datas. Desta maneira, constata-se que quando as mulheres assumem sozinhas as tarefas domésticas e o cuidado aos filhos há, inevitavelmente, um quadro de sobrecarga.

Uma das dificuldades enfrentadas por famílias cuidadoras, em estudo realizado por Nóbrega e Coriolano (2011), referiu-se à carência de apoio por parte de outros membros familiares no cuidado dos indivíduos com transtornos mentais.

Em pesquisa desenvolvida por Sant' Ana *et al.* (2011) emergiu o desejo da família em poder contar de maneira efetiva com o suporte emocional e a ajuda instrumental de outros familiares, isto é, poder compartilhar tanto as responsabilidades quanto o cuidar. As pessoas da família que não conviviam diariamente com a pessoa com transtorno mental mostravam-se receosas em se aproximar para ajudar nos cuidados, pois desconheciam e não compreendiam a doença e suas manifestações ou, muitas vezes, nem se interessavam em saber como poderiam ajudar, apenas se afastavam desses membros da família.

Os cuidadores verbalizam com frequência a sensação de solidão no que concerne ao provimento de cuidado com o seu familiar com transtorno mental. Alguns relataram que não podem contar com a família ampliada ou vizinhos, sendo o CAPS o único suporte fora da família nuclear. Por outro lado, surgiram relatos de que as relações sociais que o familiar com transtorno mental estabelecia com as pessoas da comunidade em que viviam se constituía fator aliado para o seu cuidado, pois essas pessoas, de certa forma, os protegiam e procuravam as famílias no caso de perceberem alguma situação de risco (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Os resultados da investigação de Campos e Soares (2005) indicam que de fato a sobrecarga emocional é mais intensiva nas famílias não aderentes. Parece que a sobrecarga é

fator influenciado pelas variáveis gênero e classe social. Quando a mulher assume a responsabilidade de atividades no contexto privado da família, a mulher acaba por se expor às pressões psicológicas da convivência com a pessoa com transtorno mental e sofre mais com a atmosfera negativa na família, além do que, muitas vezes, sente-se culpada ou é acusada pelo desenrolar dos acontecimentos.

A incapacidade para a realização de tarefas domésticas simples, de acordo com Dunningham e Aguiar (1995) acomete a maioria dos indivíduos com doenças crônicas e de curso prolongado, abrangendo a doença mental. A necessidade de realizar frequentemente tarefas cotidianas foi observada em estudos internacionais como o aspecto gerador de maior sobrecarga objetiva nos familiares (ST.ONGE; LAVOIE, 1997; MARTÍNEZ *et al.*, 2000).

Ao ponderar as observações no campo da atenção domiciliar, identificou-se que maioria dos familiares com transtornos mentais permaneceram ociosos, se negaram a realizar ou ajudar nas tarefas domésticas. Passavam o dia inteiro deitados em uma rede, assistindo televisão, ouvindo rádio ou fumando cigarro. As famílias demonstravam-se cansadas pelo fato de os familiares não colaborarem com as atividades de casa, aspecto que associado a outras responsabilidades inerentes ao ato de cuidar, em que se detecta um cenário caracterizado pela imposição de exigências emocionais e materiais, há, inevitavelmente, o surgimento de uma elevada sobrecarga objetiva e subjetiva para a maioria dos cuidadores.

Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar, segundo Melman (2006), foi desenvolvido, visando definição dos encargos econômicos, físicos e emocionais que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com uma pessoa com adoecimento mental representa em peso material, subjetivo, organizativo e social.

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos trabalhadores de saúde sugere que as intervenções terapêuticas considerem essa realidade. Ajudar os familiares na interação e gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2006).

Os estudos de Maurin e Boyd (1990), Loukissa (1995), Rose (1996), (Martínez *et al.*, 2000b) revelam que a intensidade da sobrecarga das famílias tem sido relacionada com algumas variáveis, como características dos pacientes: diagnóstico, intensidade dos sintomas,

grau de dependência, idade, sexo, duração da doença e número de hospitalizações, parentesco e frequência de contato entre cuidador e paciente, e características dos cuidadores: sexo, idade, escolaridade e nível socioeconômico. Outros fatores que influem também na sobrecarga são a disponibilidade de redes de suporte social, as leis socio sanitárias, a estrutura e adequação dos serviços de saúde mental.

Identificou-se também mediante as observações nos campos da atenção psicossocial e domiciliar que dos 20 cuidadores, cinco eram responsáveis pelo cuidado de mais de uma pessoa com transtorno mental, evidenciando-se um contexto caracterizado por sobrecargas objetiva e subjetiva, ressaltando-se um intenso sofrimento mental. Dos casos estudados, destaca-se o caso de uma mãe que cuidava sozinha de três filhos e uma nora com transtornos mentais e problemas clínicos de saúde, como também do esposo que realizava tratamento para alcoolismo e problemas clínicos de saúde associados.

Observou-se que dos 20 cuidadores estudados nesta pesquisa, 19 apresentavam problemas clínicos de saúde diversificados, como hipertensão, diabetes, artrose, artrite, problemas de coluna, problemas gastrointestinais, colesterol alto, dentre outros.

Fator agravante que merece destaque se refere ao fato de a maioria dos familiares com transtornos mentais apresentarem também problemas clínicos de saúde: diabetes, hemorroida, alergias, problemas gastrointestinais e nos rins, hipertensão.

O fato de as famílias e os familiares com transtornos mentais apresentarem problemas clínicos de saúde se transformava em um aspecto complicador, em virtude de elas assumirem atribuições diversificadas enquanto cuidadoras, pelas tarefas domésticas e outras das quais eram responsáveis. Identificou-se também que algumas das famílias mostraram-se descuidadas com a própria saúde, pois o papel de cuidadores exigia bastante delas e consumia consideravelmente o seu tempo, sendo que a prioridade era para com o ser cuidado. Assim elas viviam em função das demandas e necessidades do outro e se deparavam também com dificuldades para gerenciar o próprio tempo e cuidar de si.

Compreende-se que a equipe da RAISM deve reformular as estratégias de ações dos serviços que a compõem, envolvendo de fato a família na atenção em saúde mental. Esta deve ser reconhecida como protagonista e os seus saberes e práticas devem ser valorizados e encarados como capazes de contribuir para uma nova prática em saúde mental.

As narrativas oriundas dos grupos focais evidenciaram que as famílias encontravam-se reféns de um quadro de intensa angústia e de sofrimento mental, frutos das incertezas que rondam os futuros dos familiares com transtornos mentais, em face de uma situação de falecimento dos cuidadores.

[...] Eu tenho uma angústia muito grande dentro de mim que me amargura muito. Eu imagino muito quando Jesus me chamar, o sofrimento do meu filho no mundo. O meu maior medo é de morrer e deixar o meu filho que tem doença mental no mundo sem mim. Eu me angustio muito com isso, é por isto que choro quando me lembro disso [...]. Quando eu vir a faltar, eu sei que (...) não vai ser tratado com o cuidado, com a paciência, com o amor, dedicação que eu tenho com (...) . [...]. O mundo não quer saber de pessoas assim, e não se pode contar de verdade com gente da família porque cada um já tem as suas responsabilidades do dia a dia [...], eu procuro não pensar nisso, mas muitas vezes eu não consigo, eu temo muito que isso venha a acontecer. Eu vivo neste sofrimento muito grande na minha vida que me abala muito [...].

As narrativas apontam que as famílias demonstram bastante preocupação, principalmente os cuidadores mais idosos em relação ao futuro dos familiares com transtornos mentais, caso elas venham a falecer. Expressam sentimentos de angústia e medo referente ao destino deles e mostravam-se bastante aflitas no que diz respeito à pessoa que desempenhá o papel de cuidadora.

Os pesquisadores Tessler e Gamache (2000); Oliveira, Sá e Rocha (2011) identificam que as famílias se preocupam com uma determinada frequência com o futuro dos familiares com transtornos mentais, em especial sobre como seriam suas vidas após a morte dos cuidadores atuais.

As observações no campo da atenção domiciliar confirmaram a situação de aflição, receios e medo vivenciados pelas famílias quanto ao episódio de morte dos cuidadores. Compreende-se que tais sentimentos estão associados ao fato de que como são os protagonistas no ato de cuidar, geralmente não recebem apoio de outros membros para ajudá-los, pois estes já se encontram envolvidos e se sentem corresponsabilizados somente com os fatos que lhes interessam e com as suas próprias dinâmicas de vida, assim dificilmente manifestarão interesses em assumir a responsabilidade pelo cuidado do outro.

Percebeu-se também que os familiares com transtornos mentais, ao entrarem em contato com o medo e verbalizações dos cuidadores, apresentaram também sentimentos similares aos deles, e mostravam-se preocupados quanto ao falecimento dos cuidadores e os

destinos de suas vidas. Muitos nutriam a crença de que seriam abandonados pelo grupo familiar e que ficariam morando pelas ruas.

Histórica e principalmente nos países do ocidente, identifica-se que a morte significa um episódio difícil que mobiliza muitos sentimentos e carrega consigo diversas representações e marcas profundas permeadas de pânico, perdas, sofrimentos, separação, desespero, angústias e medos.

Como o nascer, a morte faz parte do processo de vida do ser humano. Portanto, é algo natural do ponto de vista biológico. Entretanto, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos, ou seja, pelo significado ou pelos valores que imprime às coisas. Por isso, o significado da morte varia necessariamente no decorrer da história e entre as diferentes culturas humanas. Para o homem ocidental moderno, a morte passou a significar: fracasso, impotência e vergonha. Busca-se vencê-la a qualquer custo e, quando tal êxito não é atingido, passa a ser escondida e negada (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

As compreensões sobre a morte e os potenciais desdobramentos desta influenciam inevitavelmente na qualidade de vida das pessoas. Observou-se nesta pesquisa que a iminência desse acontecimento em famílias cuidadoras de pessoas com adoecimento mental envolveu um contexto bastante complexo e dramático.

Nesse sentido, emergiram indagações e reflexões: Os trabalhadores da saúde estão efetivamente preparados para lidar com este fenômeno? A sua formação profissional transcendeu os aspectos teórico-técnicos e privilegiou a apropriação de instrumentalização apropriada para lidarem com este acontecimento universal? Será que se configura uma conduta acertada, benéfica, terapêutica abordar e discutir sobre essa temática de maneira aberta com as famílias e familiares com transtornos mentais? Como os trabalhadores de saúde poderiam agir para trabalhar estas questões geradoras de sofrimento mental para os usuários que são assistidos na RAISM? Quais atitudes podem se configurar acolhedoras e pertinentes na abordagem desses casos? Como a equipe de saúde mental pode contribuir para reduzir a intensidade desses sentimentos diante de questões envolvidas nesse contexto?

Compreende-se que urge acolher os aspectos imbricados a esta experiência humana expressada pelo temor e medo da perda. É importante que abordagem e discussões

acerca da morte aconteçam de maneira aberta, possibilitando a criação de espaços seguros e com continência para a expressão de sentimentos e pensamentos intrínsecos a esse episódio.

Às famílias e aos familiares com transtornos mentais devem ser oportunizados momentos para que eles elaborem e expressem suas necessidades singulares diante dessa situação. A equipe de saúde mental precisa adotar atitudes de respeito, desvencilhando-se de ideias preconcebidas, julgamentos, considerando e valorizando as crenças, valores e cultura dos usuários assistidos. Este trabalho também faz parte do cerne do ato de cuidar da atenção psicossocial e os trabalhadores da saúde mental podem contribuir de maneira relevante para que as famílias e familiares com transtornos mentais ressignifiquem esse fato, refazendo os seus planos e redefinindo os seus objetivos de vida.

Subtema 4 - Construção de sujeitos autônomos, vínculo e corresponsabilização das famílias no cuidado em saúde mental

As narrativas oriundas das entrevistas individuais e dos grupos focais evidenciaram a existência de uma relação de confiança das famílias cuidadoras com a equipe de saúde mental e o reconhecimento dos cuidadores pelo trabalho prestado:

[...] eu gosto do atendimento da equipe da saúde mental nos dias de hoje. Minha relação com a equipe da saúde mental é boa. Sempre que preciso ir no CAPS, me atendem bem [...], o CAPS para mim foi uma benção, os profissionais da saúde mental são os que mais me dão confiança [...]. Eu tenho fé, uma confiança na equipe porque eu vejo que eles procuram fazer o melhor para os pacientes [...], se não fosse os profissionais do CAPS, da unidade psiquiátrica o que seria dos pacientes e das famílias? [...]. Se eu não tivesse essa confiança era porque o atendimento, o tratamento não prestava. E é o contrário, eu vejo a dedicação, o amor dos profissionais do CAPS em fazer o melhor para os pacientes mentais [...]. Os pacientes tiveram outra vida melhor, de mais qualidade depois do surgimento do CAPS, (...) hoje está estável é outra pessoa [...]. Eu vejo segurança na equipe, sempre quando preciso de uma assistência, tem assim um esclarecimento, um apoio, eles ouvem, tratam a gente bem, com respeito, com humanidade e procuram ajudar a resolver os problemas que a gente leva [...].

A relação de confiança e o reconhecimento pelo trabalho ofertado, atribuídos pelas famílias aos trabalhadores da saúde mental do CAPS significa aspecto valioso, indicativo do compromisso, da dedicação e do êxito no tratamento operados na atenção psicossocial.

Os cuidadores percebem o tratamento oferecido pelo CAPS aos usuários de maneira satisfatória. Reconhecem os esforços da equipe para atender às demandas da clientela

assistida. Eles enfatizaram que com o surgimento do CAPS houve mudança na melhoria da qualidade de vida dos familiares com transtornos mentais. Interpreta-se que tal concepção e constatação pode ser compreendida que eles foram assistidos no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, o qual era caracterizado em sua essência por práticas descompromissadas com o cuidado humanizado em saúde mental. Deste modo, ao serem envolvidos em outra modalidade de cuidado, ancorada na atenção de qualidade e humanizada, logo identificaram e destacaram as mudanças operadas.

Pesquisa realizada por Camatta e Shneider (2009) em CAPS demonstrou que o trabalho em equipe como ato é apontado pelas famílias como os resultados concretos do tratamento ofertado pelo serviço. Estas buscavam comparar o atendimento prestado nos dias atuais com tratamentos anteriores e constataram mudanças importantes no quadro psíquico do seu familiar desde o ingresso no mencionado centro de atenção.

Estudo desenvolvido por Borba *et al.* (2011) mostrou que as famílias atribuem importância a atenção prestada em serviços comunitários de saúde mental, especificamente pelo CAPS. Com o tratamento realizado neste dispositivo, constatou-se maior adesão à terapêutica medicamentosa e interrupção no sistema de internação psiquiátrica.

Nesse sentido, compreende-se que para operar o cuidado consoante aos pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, torna-se imperativo que a equipe de saúde mental incorpore prioritariamente em seu fazer cotidiano as tecnologias leves ou relacionais, envolvidas no trabalho em saúde.

O estudioso Merhy (1994) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em três tipos: leve, leve-dura e dura. A leve diz respeito à tecnologia de relação do tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão, estabelecida nos encontros entre os diferentes componentes da equipe de saúde. A leve-dura está relacionada aos saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e epidemiologia. A dura é aquela operada por equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais e outros.

Sampaio *et al.* (2011) preconizam que as tecnologias-leves se configuram ferramentas imprescindíveis à operacionalidade dos processos de trabalho em saúde mental, implicando a construção de novo modo de operar as relações dos trabalhadores entre si e destes com os gestores e usuários dos serviços.

A organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves propicia a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos: acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização, constitutivos da organização da atenção à saúde (AYRES, 2004).

Considera-se acolhimento o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde, sendo essencial ao processo de coprodução de saúde, atendendo aos princípios do SUS (BRASIL, 2005b).

Para Merhy (1994), o acolhimento representa a tradução de uma relação humanizada e acolhedora a ser prestada pelos trabalhadores de saúde aos diversos tipos de usuários atendidos nos serviços. A criação dos vínculos configura-se na construção de relações próximas e bem definidas, nas quais os trabalhadores de saúde se sensibilizam pelo sofrimento do outro. Deve permitir a constituição de um processo de transferência entre o trabalhador de saúde e o usuário, promovendo a autonomia do próprio usuário. Construir vínculos significa estar responsável pela vida e pela morte do usuário, dentro de uma provável possibilidade de intervir de forma desburocratizada e pessoal. O vínculo-responsabilidade está relacionado à integração dos trabalhadores de saúde com seu território de abrangência, no serviço, nos grupos onde atua, tornando-se referência para o usuário.

Santos *et al.* (2007) preconizam que o vínculo pode ser uma ferramenta que agencia o compartilhar de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os com vistas a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Favorece outros sentidos para integralidade da atenção à saúde. Um dos meios mais adequados para a prática clínica com qualidade é o fortalecimento de vínculos entre pacientes, famílias e comunidade com a equipe e com alguns profissionais específicos que lhe sirvam de referência (CAMPOS, 2003).

Compreende-se que a relação a ser estabelecida pelo trabalhador da saúde com as famílias e os familiares com transtornos mentais, independente da natureza do nível de atenção à saúde, deve ser direcionada prioritariamente para construção do vínculo, da capacidade de acolhimento e escuta qualificada. O vínculo é um aspecto primordial para a adesão e conquista de resultados mais satisfatórios na atenção psicossocial.

Indiscutivelmente, a lógica que deve nortear a prática dos trabalhadores da saúde deve estar fundamentada em princípios humanísticos. A inserção familiar no cuidado e a construção de uma relação horizontalizada entre trabalhador da saúde, famílias e familiares com transtornos mentais são aspectos prioritários, obrigatoriamente essenciais no cerne da atenção humanizada em saúde mental. Assim, a equipe de saúde deve investir o seu olhar e cuidado na relação afetiva com os usuários assistidos.

As narrativas a seguir explicitam que o cuidado era entendido pelas famílias cuidadoras como da responsabilidade delas e dos serviços de saúde.

[...] A responsabilidade do tratamento de um paciente mental é para ser da responsabilidade de todos. É da família, do CAPS, que é responsável pelo tratamento, remédio, atendimento, do hospital e do posto de saúde [...], o tratamento só pode dá certo quando as famílias, os profissionais e os serviços de saúde têm uma responsabilidade pelo paciente, [...]. O tratamento só funciona mesmo se a equipe da saúde mental e as famílias cooperam, quando dão as mãos, um complementa o outro [...]. Para as famílias é muito mais puxado, porque no CAPS o tratamento acontece em um dia, em outro, e com a família o tratamento é todo dia [...], a família tem de tomar de conta, mas não pode ficar sozinha, porque o peso, o rojão, a responsabilidade é grande demais. A família precisa do serviço de saúde público para cuidar, internar, e o serviço de saúde precisa fazer a sua parte ajudando as famílias [...].

Identificou-se pelas narrativas que essa percepção das famílias acerca da corresponsabilização no cuidado figura-se como importante conquista no cenário da atenção em saúde mental do município, cujo processo de reforma psiquiátrica é efetivado mediante os dispositivos da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.

Enfatiza-se que no antigo modelo hospitalocêntrico, vigente em Sobral de 1974 até meados do ano 2000, os vínculos com as famílias apresentavam-se enfraquecidos ou mesmo inexistentes, pois eram apartadas dos seus familiares com transtornos mentais e do cuidado em saúde mental. Os seus familiares permaneciam internados por longos períodos nessa instituição psiquiátrica e as famílias eram negligenciadas pela equipe e pelo sistema de saúde, sendo que no retorno dos familiares às casas, como as famílias não eram inseridas no cuidado, não dispunham de condições psicológica, social e econômica para cuidar.

Na Política Nacional de Humanização, identifica-se que está preconizada a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores norteadores desta política são: a autonomia e o

protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010c).

Nesse cenário, destaca-se o denominado projeto terapêutico singular. Este é definido por Oliveira (2008) como um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade. Durante o processo de construção de projetos terapêuticos, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que busquem promover mudanças no lugar social ocupado pelas pessoas com transtornos mentais severos e, desta forma, as intervenções não deveriam restringir-se somente aos sujeitos, mas ao próprio contexto social e as redes sócio relacionais (SARACENO, 2001).

O Ministério da Saúde recomenda que para cada usuário do CAPS deve ser elaborado um projeto terapêutico individualizado, isto é, um conjunto de atendimentos personalizados, realizados no centro de atenção e fora dele, com a proposição de atividades durante a permanência diária do usuário no serviço, considerando singularidade e necessidades. No contexto da atenção, um personagem fundamental é o terapeuta de referência. Porém, é preciso ponderar que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é de fundamental importância em seu processo de tratamento (BRASIL, 2004b).

O terapeuta de referência deve monitorar o projeto terapêutico do usuário junto a ele. Cabe-lhe redefinir, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço, e, também, se responsabilizar pelo contato com a família e pela avaliação periódica dos objetivos propostos no projeto terapêutico. Para tal, deve estabelecer diálogo frequente com o usuário e o corpo técnico do CAPS (BRASIL, 2004b). Na elaboração do projeto terapêutico singular para os usuários com transtornos mentais, as famílias destes devem ser estimuladas a exercerem participação ativa. Deve-se, portanto, buscar pela efetivação da corresponsabilização pelo tratamento, valorizando as particularidades das pessoas envolvidas e possibilitando cuidado multiprofissional em saúde.

No concernente à dimensão da responsabilidade/comprometimento dos terapeutas de referência, com o cuidado prestado aos usuários, Sampaio et al. (2011) chamam a atenção para o fato de que o profissional não deve assumir a responsabilidade pela totalidade existencial, sucessos, insucessos e modos de andar a vida do usuário no território, em virtude do risco de sobrecarga e de sofrimento pelos prováveis fracassos, inerentes à condição humana, que este venha a ter em sua vivência na cidade.

Sampaio et al. (2011, p. 4692) acrescentam que:

A tarefa deve ser compartilhada com a equipe, e principalmente deve-se respeitar a autonomia do usuário de maneira que ele seja corresponsável pelo projeto terapêutico. Isto implica em consciência dos limites, envolvendo a capacidade de intervenção de cada trabalhador e a dimensão econômico-operacional do processo de reforma psiquiátrica.

No respeitante à valorização da família, é indiscutível inseri-la na habilitação social da pessoa com adoecimento mental. Para Cavalheri (2010), no momento em que as famílias recebem apoio e orientação adequadas, podendo compartilhar problemas e dificuldades, demonstram comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido. Desta maneira, faz-se necessário que os trabalhadores do universo da saúde mental possibilitem espaços de acolhimento e desenvolvam estratégias permanentes de cuidado às famílias nos diferentes dispositivos de atenção.

A construção da corresponsabilidade entre técnicos e familiares, no que concerne ao cuidado no campo da saúde mental, consoante preconizam Dimenstein *et al.* (2010), deve incorporar ações de suporte às famílias, de mudanças nos modos de trabalho e gestão, assim como avanços no respeitante às políticas de inclusão social e reabilitação psicossocial, de fortalecimento de mecanismos de controle social, de estímulo ao empoderamento dos usuários e familiares, objetivando avanços no processo de desinstitucionalização em saúde mental.

Nas observações nos campos da atenção psicossocial e domiciliar, não se identificou o estímulo ou a inclusão das famílias nos projeto terapêuticos dos familiares com transtornos mentais, elaborados pelos dispositivos de atenção em saúde mental. Também não se detectaram organizações ou planejamentos de planos de cuidados voltados exclusivamente para elas. As famílias estudadas são tomadas como coadjuvantes do processo terapêutico, sendo aconselhadas pelos trabalhadores da saúde a seguir as prescrições e os procedimentos elaborados pela equipe da RAISM.

Os achados da pesquisa encontraram ressonância com os estudos desenvolvidos por Bielemann *et al.* (2009), os quais enfatizam que as ações dirigidas para as famílias pela equipe dos CAPS precisam ser repensadas e assumir novas configurações, podendo-se, assim, ressignificar o agir e o pensar frente às famílias. Assim, é necessário definir a postura que se espera delas no que tange ao serviço e qual o papel na reabilitação psicossocial do familiar

com transtorno mental. Para isto, urge que a equipe não a encare somente como suporte dele, pois diante do vivenciado elas também são fragilizadas e precisam de cuidado.

Dessa maneira, diante das observações realizadas nos campos da atenção psicossocial e domiciliar e considerando-se os achados da literatura, entende-se que as famílias devem se constituir como agentes terapêuticos fundamentais, poderosas aliadas no tratamento do familiar com transtorno mental e concebidas como cuidadoras que precisam também de cuidados. Assim, devem-se valorizar experiências, saberes, práticas, estimulando seu protagonismo, com vistas a torná-las corresponsáveis pela atenção aos familiares com transtornos mentais. O envolvimento das famílias é um dos principais aspectos a serem considerados quando se tem como objetivo primordial a melhoria na qualidade de vida das pessoas com adoecimento mental e dos cuidadores assistidos.

Subtema 5 - Estratégias de cuidado para promoção da saúde mental, empoderamento e condições de vida dos usuários e cuidadores

As narrativas desvelaram ações possibilitadoras de melhorias nas condições de vida dos familiares com transtornos mentais e das famílias, na perspectiva dos cuidadores.

[...] O que eu faço para melhorar as condições de vida é cuidar da saúde (...), levar para fazer tratamento no CAPS, nos postos de saúde, no hospital quando é preciso, dá os remédios, levar para as consultas [...], orientar sobre o tratamento, tanto o da saúde mental como o da saúde no posto de saúde, incentivar para participar das atividades no CAPS [...]. Tenho cuidado para (...) se alimentar bem [...], eu sou pobre, mas sou a favor da alimentação saudável [...] fico com cuidado para (...) não tomar bebida alcoólica [...]. Tenho cuidado com a higiene, ajudo (...) a tomar banho todo dia, andar asseado [...]. Fico incentivando para fazer caminhada, quando (...) faz caminhada, fica mais disposto, mais tranqüilo [...]. Eu procuro dá assim um conforto para (...) se sentir mais feliz, satisfeito, (...) tem o ventilador, uma cômoda [...]. Se a gente conseguisse aposentadoria para (...) seria uma coisa que ia trazer uma grande melhora para a saúde (...), faz tempo que eu venho pelejando para conseguir essa aposentaria [...]. Para melhorar as minhas condições de vida, da minha saúde, eu faço tratamento no posto de saúde [...], quando precisa de ir para o hospital eu faço o tratamento lá [...]. Eu tenho buscado também o grupo, a igreja que eu participo. Eu procuro refúgio em Deus, na minha vida espiritual [...], nesse momento eu oro, clamo pedindo socorro em todos os termos da minha vida, espiritual, na minha saúde, na vida sentimental, na vida financeira [...]. A fê em Deus é o alvo que me sustenta e fortalece, só com as nossas forças não dá para continuar. É na fê que eu busco saúde para mim e para o povo da minha família [...], quando estou na igreja, estou cuidando da minha saúde, estou orando para Deus trazer a tranqüilidade para dentro da minha casa [...]. Eu faço adoração, fico todo tempo pedindo força a Deus, a luta é grande demais [...].

No concernente às ações desenvolvidas, entendidas como possibilitadoras de uma melhoria nas condições de vida dos familiares com transtornos mentais, as famílias

cuidadoras destacaram: a realização de tratamento no CAPS, nas unidades de saúde e nos hospitais; suprimento às necessidades de alimentação; não ingestão de bebidas alcólicas; cuidados com a higiene pessoal; incentivo à realização de caminhada; melhores condições de conforto; empenhos, visando aquisição de aposentadoria.

Entende-se a posição das famílias cuidadoras quando ressaltaram a importância dos familiares realizarem acompanhamento de saúde nos serviços de atenção primária, secundária e terciária como ação possibilitadora de melhores condições de saúde. Assim como se devem valorizar ações de promoção da saúde, como alimentação saudável, não ingestão de bebidas alcólicas; realização de atividades de higiene pessoal; incentivo à realização de caminhada; melhores condições de conforto.

A aquisição de aposentadoria para os familiares com transtornos mentais é indicada como ação propiciadora de melhores condições de vida. Este fato deve ser entendido à luz das dificuldades financeiras vivenciadas, em que as famílias contam com poucos recursos financeiros para prover as necessidades que emergem do grupo familiar. Deve-se considerar que quando o poder aquisitivo das famílias aumenta, o acesso aos desejados bens de consumo se torna uma realidade.

As observações realizadas no ambiente domiciliar favoreceram a identificação da busca intensiva das famílias para obtenção de concessão de benefícios para os familiares com transtornos mentais, os quais não possuem renda, e as dificuldades enfrentadas nessa procura. Percebe-se que não é tarefa fácil adquirir essa concessão do Estado, e por conta dessa situação, há formação de um quadro caracterizado por indignação, queixas, desânimo e frustrações manifestados pelas famílias. Embora os resultados não tenham se apresentado favoráveis, não se percebeu a adoção de condutas de desistência por parte dos cuidadores.

Pesquisa realizada por Nóbrega e Coriolano (2011) demonstrou que as maiores dificuldades apontadas pelas famílias se referem às condições financeiras, muitas vezes ocasionadas pela falta do benefício assistencial ou previdenciário destinado à pessoa com transtorno mental. Neste contexto, incluem-se os critérios para concessão do benefício e o fato do familiar com transtorno mental não ter capacidade de contribuir na renda familiar.

Quanto às ações desenvolvidas pelos cuidadores, com vistas a melhorias em suas próprias condições de vida, evidenciou-se realização de tratamento nos serviços de atenção primária e terciária e principalmente a valorização da espiritualidade, esta compreendida

como fonte de saúde, de tranquilidade, de fortaleza, de busca de melhorias nas esferas espiritual, sentimental, financeira, material.

Pelas narrativas, constatou-se a relevância da espiritualidade das famílias cuidadoras, a qual exerce papel importante na vida delas e é entendida como aspecto fundamental que contribui para aliviar as angústias, os sofrimentos, o enfrentamento de reveses e as intempéries e adversidades vivenciadas no cotidiano.

As famílias cuidadoras estão inseridas em um ambiente caracterizado por dificuldades de diferentes naturezas, incluindo-se: as financeiras, o vivenciar cotidianamente a doença mental dos familiares e o ter de lidar com problemas clínicos de saúde deles e delas também. Estes aspectos influenciam sobremaneira para que sintam fragilizadas, desprotegidas e, muitas vezes, desesperançadas.

A participação em grupos religiosos oferece a possibilidade de externar e elaborar os sofrimentos e as dores da vida, como também proporciona acolhimento e conforto. Ao compartilhar as experiências em grupo, há a construção de um laço de ajuda mútua que apresenta a potência de renovação de forças para lidar com as doenças e os sofrimentos da vida.

Para ilustrar esse fato, menciona-se essa tendência em pesquisas realizadas por diferentes estudiosos, como investigação realizada por Souza e Scatena (2005), em que as famílias encontravam apoio nas diversas instâncias religiosas que constituíam o recurso mais próximo delas, na comunidade. A participação delas nos lugares reservados à religiosidade favorecia explicações, suporte e, eventualmente, cura da pessoa com sofrimento mental.

Silva e Moreno (2004) salientam que a religião assume importante tipo de apoio social, à medida que não constitui a solução do problema, mas modalidade de ajuda para o enfrentamento de adversidades, amenizando a dor e o sofrimento, diminuindo a ansiedade e a depressão, bem como oferecendo consolo, conforto e acolhimento nos momentos difíceis.

Estudo realizado por Dalgalarondo (2007), com vistas a realizar análise crítica acerca da produção sobre saúde mental e religião no Brasil, demonstrou que a presença do religioso no modo de construir e vivenciar o sofrimento mental pode ser observada por muitos dos pesquisadores estudados por ele. A busca por alívio do sofrimento, significação ao

desespero que se instaura na vida de quem adoece, parece ser algo marcadamente recorrente na experiência, sobretudo para as classes populares.

Segundo Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), as crenças religiosas exercem influências na maneira como pessoas lidam com situações envolvendo sofrimento, estresse e problemas vitais. A religiosidade pode possibilitar aos indivíduos maior aceitação, firmeza e adaptação no tocante a situações difíceis de vida, gerando paz, autoconfiança, perdão, bem como imagem positiva de si. Entretanto, dependendo do tipo e do uso das crenças religiosas, elas podem ser fonte geradora de culpa, dúvida, ansiedade, depressão por aumento da autocrítica.

A importância da interface entre religiosidade e saúde mental é reconhecida teoricamente, porém profissionais de saúde mental apresentam dificuldades para lidar com as dimensões da religiosidade e espiritualidade dos usuários. Faz-se necessária realização de treinamento apropriado com vistas a integrar espiritualidade e prática clínica. As religiões podem orientar a pessoa de forma rígida e inflexível, desestimulando a procura de cuidados médicos, como também podem ajudá-la no processo de integração no seio comunitário e motivá-la para o tratamento (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

No tocante às observações no campo da atenção domiciliar, percebeu-se que as famílias buscavam por si acessar outras formas de apoio social para lidar com as dificuldades de diferentes naturezas. Interpreta-se que elas buscavam experimentar e vivenciar outro lugar, ou seja, as famílias se colocavam na condição de seres que estavam em busca de receber cuidados.

A religiosidade cumpre papel essencial nas vidas das famílias de pessoas com transtornos mentais. Funciona como usina de significações singulares para os cuidadores, que têm as suas trajetórias de vida marcadas por sofrimentos, desesperanças, privações materiais. O fato de se sentirem acolhidas e vivenciarem experiências de maneira compartilhada as motivam positivamente. A dimensão religiosa oferece sentido à vida das famílias e apresenta caráter terapêutico que deve ser reconhecido e incorporado como estratégia de cuidado importante para a saúde mental.

Os serviços que operam sob a ótica psicossocial precisam se aproximar mais dos espaços destinados à espiritualidade, os quais são procurados pelos cuidadores. Os trabalhadores da saúde mental precisam conhecer como as famílias percebem, vivenciam a

religiosidade e transcendem essas experiências para seus contextos de vida. É importante conhecer os itinerários das famílias e a participação delas nos equipamentos inseridos nos espaços informais de cuidar e desbravar com as famílias outros espaços nos tecidos comunitário e social com capacidade de acolhimento e fortalecimento de redes sociais.

Tema 2 – A clínica no campo da saúde mental e sua interface com o cuidado

Este tema apresentou sentidos e significações caracterizados pelo desejo das famílias de internação de usuários com transtornos mentais em hospital psiquiátrico; desaprovação pelas famílias da reedição do modelo hospitalocêntrico; submissão dos cuidadores aos saberes médicos e científicos; fluxo de atenção dos familiares com transtornos mentais e das famílias na rede de serviços de saúde; satisfação com a atenção prestada pelo CAPS Geral, bem como a necessidade de melhorias no cuidado prestado por este serviço; internação psiquiátrica em hospital geral e melhorias neste dispositivo; valorização e predominância da terapêutica medicamentosa no tratamento dos familiares com transtornos mentais.

Subtema 1 – A clínica psiquiátrica e de atenção psicossocial na transversalidade dos dispositivos da rede de atenção à saúde

As narrativas das famílias reconheceram que o tratamento em saúde mental nos dias atuais operado no município é de qualidade, entretanto, explicitaram o desejo pela internação dos familiares com transtornos mentais em hospital psiquiátrico. Argumentaram, entretanto, que a internação dos familiares nesta instituição somente deve acontecer mediante a não adoção de práticas de maus tratos.

[...] eu acho o tratamento hoje da saúde mental bom, é de qualidade. Quando eles ficam de crise, a internação é feita lá na unidade da psiquiatria do Hospital, mas era melhor se eles ficassem mais tempo internado. [...] a luta com uma pessoa com doença mental é muito grande, é muito cansativo, tem que ficar vendo se tomou o remédio, a injeção, se não toma o remédio é um Deus nos acuda. Faz quanto tempo que nós estamos nessa vida, nessa luta? Só quem sabe é quem convive todo dia. [...] Ficaria melhor se tivesse um internamento no hospital psiquiátrico mais demorado e que não judiasse com os pacientes [...], porque se for para ficar em hospital mental para ficar sofrendo, sendo judiado, fazer mal, eu não acho certo, eu não aceito desse jeito [...]. Se (...) ficasse internado, a gente ia visitar, (...) podia vir uns dias para casa, depois voltava de novo para o hospital [...], e a gente ia ter mais descanso, pegava assim mais fôlego para poder lutar pela saúde no dia-a-dia [...], eu já venho nesta luta faz muitos anos, estou precisando de sossego na minha vida [...].

Pelas narrativas, observa-se que os problemas e as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, em virtude do acontecimento do adoecimento mental no cerne familiar produzem um ambiente de aflições e mal estar sentidos pela responsabilidade das sobrecargas assumidas.

O argumento das famílias de que a permanência do familiar em instituição psiquiátrica em períodos de longa data possibilita mais “sossego” para os cuidadores, deve ser compreendido à luz das dificuldades vivenciadas na convivência com as pessoas com transtornos mentais.

Conforme se reconhece, são inúmeros os desdobramentos, os arranjos e as alterações ocorridas na dinâmica de vida de uma família que possui um membro com transtorno mental. De modo geral, as famílias sentem-se fragilizadas, aprisionadas por sofrimentos, sobrecarregadas nos cuidados dispensados diariamente ao seu membro doente e, assim, alimentam a crença de conquistarem o tão almejado “sossego”, mediante longas internações destes em hospitais psiquiátricos.

Em virtude de as famílias vivenciarem sentimentos de apreensão, impotência e frustração, tais vivências, consoante evidenciado em pesquisa realizada por Oliveira e Mendonça (2011), contribuem para a geração de crenças de que o modelo hospitalocêntrico, centrado no controle da terapêutica medicamentosa e da sintomatologia, é o recurso mais eficaz em face da problemática enfrentada.

Quando a família assume a atitude de buscar auxílio nos serviços de saúde e algumas vezes solicitam a internação do familiar com transtorno mental, é porque não está conseguindo mais sustentar a situação, não sabe como agir em relação a determinados comportamentos acompanhados ou não de delírios e alucinações. Porém, ao adotar esse discurso, a família, em sua maioria, acaba sendo rotulada pelos trabalhadores da saúde como não cooperadora e indisposta a cuidar do familiar (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

Um dos grandes estudiosos na área da atenção à saúde mental, o psiquiatra Moura Fé (1996a), refere que nos CAPS frequentemente se encontrarão famílias de pessoas com transtornos mentais que já estabilizaram suas reorganizações estruturais com a exclusão destas pessoas. Ademais, aponta as internações prolongadas em manicômios como estruturas favorecedoras de um desenvolvimento de fórmulas negativas de reorganização, nas quais a pessoa com transtorno mental é lembrada somente como uma perda irreparável e

irrecuperável ou um morto-vivo. Este indivíduo pode ainda ser visitado, esporadicamente, da mesma maneira como são visitados os túmulos dos mortos queridos.

Nesse contexto, as resistências a projetos de reintegração familiar são manifestadas pelo temor da nova estabilidade adquirida, exigindo da equipe multiprofissional desempenho persistente e continuado, caso a caso, quando o envolvimento e o conhecimento familiar em nível domiciliar se tornam imprescindíveis para os objetivos almejados (MOURA FÉ, 1996b).

Segundo Colvero *et al.* (2004), no Brasil, o processo da reforma da assistência psiquiátrica vem apresentando avanços nos últimos trinta anos. No entanto, embora sejam constatadas diferentes iniciativas exitosas no campo da saúde mental, a cultura asilar ainda está muito presente no cotidiano, configurando-se como o recurso assistencial de mais fácil acesso à população.

No que concerne à cultura asilar, também denominada manicomial, é importante ressaltar que ao longo da sua existência em Sobral, a Casa de Repouso Guararapes (1974-2000) produziu e alimentou uma cultura manicomial no imaginário e nas condutas adotadas pelas pessoas.

A cultura manicomial é definida por Moura Fé (1998) como uma cultura de dependência e de opressão discriminatória, incompatível com os ideais e os princípios de liberdade democrática de um povo. É preciso combatê-la, e para tal exige-se o conhecimento das suas implicações e a substituição por dispositivos resolutivos satisfatórios. A implantação de serviços substitutivos aos mecanismos asilares de assistência em saúde mental, como, por exemplo, os CAPS, significam um avanço decisivo na municipalização de saúde de uma cidade: “Representa uma mudança histórica no seu processo de autodeterminação, processo este que implica na luta contra todos os vícios culturais de dependência e estimula a livre criatividade de cidadania de seu povo” (MOURA FÉ, 1998, p.101).

Em estudos realizados por Elsen (2002), Brasil (2007a) e Jorge *et al.* (2006), apreende-se que se deve considerar que as famílias vivenciam situações em determinados contextos e momentos de suas trajetórias, em que suas potencialidades podem apresentar-se fragilizadas, comprometidas. Assim, faz-se necessário que sejam igualmente inseridas no cuidado e instrumentalizadas para cuidar.

Durante realização das entrevistas individuais, dos grupos focais e das observações procedidas nos campos da atenção psicossocial e domiciliar, identificou-se que os cuidadores de pessoas com transtornos mentais encontravam-se muitas vezes em sofrimento mental, em virtude das vivências da atmosfera domiciliar permeada de sobrecargas que lhes eram imputadas no cerne das configurações de convivência familiar.

Os referidos aspectos são revestidos de potência determinante no sentido de contribuir para a decisão de se recorrer à internação integral. Ressalta-se, também, a preponderância das mulheres para o ato de cuidar. Estas permaneciam mais tempo em casa e eram responsabilizadas por diversas atribuições, incluindo-se os cuidados dos familiares com transtornos mentais.

Acrescenta-se que a equipe de saúde mental deve ter o cuidado e resistir a confortável crença de não culpabilizar as famílias cuidadoras, mediante críticas, silêncios ou verbalizações direcionadas a elas com o intuito de censurá-las, pelo fato de elas acreditarem e desejarem a reedição da instituição psiquiátrica como uma solução para os problemas enfrentados no dia a dia.

Ao invés de censurá-las, os trabalhadores da saúde precisam realizar reflexões acerca do porquê da manutenção do desejo das famílias cuidadoras em internar os seus familiares com transtornos mentais em instituições psiquiátricas.

Os trabalhadores da saúde mental devem se perguntar em primeira instância, sobre o que eles estão fazendo para contribuir com a mudança cultural das famílias, a qual está voltada para os processos de institucionalização.

Enfim, a equipe deve aprofundar as reflexões, realizando uma leitura real, lúcida e fidedigna sobre a prática em saúde mental que está desenvolvendo nos dispositivos da RAISM, no contexto da atenção em saúde mental do município.

Percebeu-se também nas narrativas de outros grupos de famílias cuidadoras mudança de percepção acerca da atenção desenvolvida em hospital psiquiátrico, que assume significação de negligência, maus-tratos, perpetrados aos familiares com transtornos mentais, além de encarado como produtor de sofrimento para os cuidadores.

[...] por mais que (...) muitas vezes dê trabalho e cause assim muita preocupação, jamais gostaria que voltasse àquele tratamento de internação de muitos dias em hospital psiquiátrico [...]. (...) sofreu demais, era maltratado, abandonado, os pacientes eram

colocados no isolamento. [...] Muitas vezes que eu cheguei lá no hospital Guararapes os pacientes estavam tudo sujo, como se fosse porco, bicho, era horrível, sofria ele e nós da família também [...], os pacientes nem tão pouco eram atendidos com atenção e humanidade [...]. A época pior foi no tempo do Guararapes, lá eles fumavam muito, adquiriam muitos vícios ruins [...]. A convivência era péssima na época do Hospital Guararapes, as famílias não sabiam como deveria agir, era tudo abandonada [...]. Não tinha nenhuma orientação, apoio dos profissionais para as famílias. Não dá mais para viver naquele sofrimento [...], embora eu sofra muito com (...), e este sofrimento é de muitos anos, mas dá para ir levando, ir convivendo dentro de casa. (...) precisa estar junto de nós que é a família dele e nós vamos procurando ter paciência com (...) e Deus vai dando força para a gente continuar nessa luta do dia-a-dia. [...] E com o apoio do CAPS a gente cria forças para continuar com fé no tratamento [...].

O hospital psiquiátrico se enquadra no que denomina de instituição total. Esta é definida como organização que atua com uma estrutura de poder englobante (ou total) e funciona ancorada em restrições às possibilidades de trocas sociais. Tal estrutura é detentora de um sistema rigoroso composto por normas formais explícitas e um corpo de pessoas aderentes que permite ritual cotidiano pré-estabelecido imposto por hierarquia profissional, distante do usuário, no qual as necessidades humanas e de trabalho são essencialmente manipuladas pela burocracia. O hospital psiquiátrico, enquanto instituição total, funciona no cerne de uma rede de instituições totais que se defronta com pessoas que apresentam geralmente algum “distúrbio social” (GOFFMAN, 1980).

Silva (2001) desvela face horrenda das instituições psiquiátricas do país, caracterizadas pela frequente repetição de casos de mortes violentas e rotineiros assassinatos de usuários internados (pessoas comuns, geralmente de procedência simples e desprovidas de recursos). Há a necessidade de extinção desse tipo de estabelecimento, pois a constatação de casos bárbaros em instituições distintas e separadas por distâncias físicas, em diferentes regiões e estados do país, demonstra definitivamente o caráter sinistro e sombrio dos hospitais psiquiátricos do Brasil.

O modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, ao longo da história da assistência em saúde mental, em diversos países do mundo, imperou como a forma de tratamento predominante na assistência às pessoas com transtornos mentais. Porém, este sistema revelou à humanidade a face do hospital psiquiátrico, com caráter extremamente excludente, cronificador e iatrogênico, com atuação geradora de intensificação do sofrimento mental vivenciado pelas pessoas internadas nesses estabelecimentos, ocasionando perdas de direitos de cidadania e prejuízos nos mais diversos aspectos das vidas. Acrescenta-se que contribuiu

também, de maneira significativa, para fragilização e mesmo aniquilamento de laços entre os usuários com transtornos mentais e as famílias responsáveis pelo cuidado.

Uma das expressões no campo de estudos da saúde mental no país, o pesquisador Amarante (1999), resgata a história da saúde mental ao lembrar que, no Brasil, o modelo manicomial hospitalocêntrico passou a ser objeto de contestações, sobretudo na década de 1980. Desde então, e com o envolvimento de vários segmentos políticos, científicos, sociais, entre muitos outros, considerou-se fundamental a idealização e implantação de ferramentas terapêuticas substitutivas ao regime manicomial, como a criação de CAPS e outros dispositivos de atenção, assim como a adoção de conjuntura de medidas voltadas para efetivação do processo de reforma psiquiátrica.

Dentre as várias dimensões e aspectos prioritários nas transformações oriundas no cerne do movimento da reforma psiquiátrica, destaca-se o envolvimento das famílias como atores fundamentais para o cuidado operado nos moldes da atenção psicossocial. Os estudiosos Amaral e Durman (2004) enfatizam que a família assume papel de destaque no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, pois é nesta que ocorre o contato inicial com o transtorno mental, e também por ela se configurar elo com os serviços de saúde mental.

No que concerne à atenção em saúde mental na cidade de Sobral, identificou-se na introdução da pesquisa que oficialmente em julho de 2000 aconteceu o processo de superação do aparato hospitalocêntrico manicomial e a implantação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental no município, ancorada nos princípios e nas diretrizes do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

A rede de saúde mental instalada em Sobral possibilitou avanços importantes na atenção em saúde mental. Mediante a sua implantação, especificamente no que diz respeito à relação que se começou a desenhar com as famílias cuidadoras, vislumbra-se cenário diferente daquele predominante no hospital psiquiátrico, pois nos dias atuais, há maior aproximação da equipe de saúde mental com as famílias cuidadoras e estas não são apartadas dos seus familiares com transtornos mentais.

As famílias cuidadoras nesta pesquisa que desaprovaram a reedição do modelo manicomial hospitalocêntrico, ainda conseguiam perceber, nos dias atuais, as marcas danosas dessa prática nos familiares com transtornos mentais, os quais foram vitimizados pela truculência da nefasta assistência. Assim como trouxeram consigo marcas que desafiam o

tempo, e que cumprem papel importante no sentido de não permitir que elas se deixem enganar, envolver ou que nutram concepções ou olhares ingênuos. Estes não conseguem mais se sustentar diante das próprias experiências vivenciadas pelas famílias, dessa maneira, passaram a ter o entendimento de que os referidos espaços são desprovidos da capacidade de cuidar de pessoas com transtornos mentais.

Nas narrativas a seguir, identificou-se situação de submissão das famílias cuidadoras em relação aos saberes médicos e científicos. As famílias encontram-se capturadas por um processo de alienação, em que elas não se percebiam como protagonistas, dotadas de experiências, conhecimentos, saberes e práticas, com capacidade também de oferecer contribuições importantes no cuidado em saúde mental.

Eu faço o que os doutores me mandam, eles sabem o que é o melhor para os pacientes [...], eu costumo aceitar o que os doutores dizem para eu fazer [...], o médico tem o conhecimento e toda a competência para dizer o que precisa a gente fazer, eu aceito o que eles colocam, eu sei que eles querem o melhor para os pacientes. [...] Eles estudaram para isso, entendem mais que nós, eu nunca achei que do meu jeito era o certo, eu não sei de nada [...]. Eu sou a favor dos profissionais, porque quem sou eu para rebater o que os profissionais fazem, eu encontrei muita melhora no meu filho através do CAPS [...], eu não vou questionar com os profissionais, quem sou eu para falar que eles estão fazendo errado [...]. Eu faço e aceito o que os profissionais da saúde mental dizem para fazer, eles estudaram, têm conhecimento e sabem o que deve ser feito no tratamento de pessoas com doença mental [...], cabe às famílias fazer o que os profissionais mandam [...].

Os estudos de Loureiro (2004) apontam que o fato de não possuírem formação universitária, de não terem o conhecimento do médico ou do psicólogo, impedem as famílias de se reconhecerem como sujeitos autônomos. Há, nesse contexto, vinculação à identidade da “ignorância”, em que elas se tornam meros produtos do poder normalizador.

A posição engessada de alienação, na qual as famílias se encontram, o não reconhecimento dos próprios saberes e das práticas como medidas importantes na dimensão do cuidado dos familiares com transtornos mentais, podem ser compreendidos, considerando-se que o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico imperou durante décadas no município produzindo cultura manicomial como herança implacável.

O referido modelo apresenta história de desleixo, não somente com pessoas com adoecimento mental, como também com as famílias destas. Acrescenta-se o processo mais complexo de medicalização social que dentre outras consequências, privilegia, cultua,

retroalimenta e propaga o saber técnico, desvalorizando o saber cultural e popular, assim como a incipiência de iniciativas voltadas para o estímulo ao protagonismo das famílias.

As famílias cuidadoras desta pesquisa eram assistidas no modelo predominante de atenção à saúde mental, representado pelo hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes. Este por excelência, dentre outras práticas iatrogênicas², apartou as famílias da dimensão do cuidado prestado aos familiares com transtornos mentais. Pois, segundo pesquisa realizada por Barros e Jorge (2011), na assistência desenvolvida na citada instituição existia conjuntura caracterizada por: negligência, abandono e exclusão familiar.

As observações no campo da atenção psicossocial reafirmaram os achados das entrevistas individuais e dos grupos focais de que o atual modelo vigente no município possibilitou avanços qualitativos na atenção à saúde mental da população. No entanto, existem lacunas a serem consideradas, as quais precisam ser postas em foco e analisadas com vistas à superação. Desta maneira, destaca-se a não existência de planejamento de estratégias e ações de cuidado permanente que priorizem de fato às famílias cuidadoras. Não se percebe que estas são tomadas como prioridade e não há atividades consubstanciais voltadas para estimular o protagonismo das mesmas.

Em conformidade com Amarante (2003), o processo de reforma psiquiátrica preconiza que se estimule e se considere como de relevância o protagonismo das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, bem como a criação de associações de usuários e familiares.

No processo de superação da redução clínica individualizante, faz-se necessária redefinição do lugar do sujeito da diferença na sociedade. Por conseguinte, passa-se a considerar o que se denomina de protagonismo do sujeito "alienado", mediante realização de organizações de usuários e movimentos de *empowerment* com conquistas significativas em termos de representação política e social (TORRE; AMARANTE, 2001).

Torre e Amarante (2001) acrescentam que essa redefinição é operada mediante a desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como lugar inferior e do papel social destinado ao alienado. O protagonismo principia mediante a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a

² Refere-se a um estado de [doença](#), [efeitos adversos](#) ou complicações causadas por ou resultantes do [tratamento médico](#).

instituição, que participa e interfere no campo político. A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político.

Com Sampaio e Barroso (2001), apreende-se que uma das principais características de um CAPS se refere à redução crítica da hierarquia assistente/assistido. Este serviço deve assumir o compromisso de reduzir a diferença e a relação assimétrica entre quem trata e quem é tratado. Essa se constitui tarefa de relevância, com vistas a propiciar o resgate da autoestima e estimular protagonismo e empoderamento dos usuários assistidos.

Nesta pesquisa, observou-se que o lugar oportunizado para as famílias restringiu-se a uma posição de obediência, subserviência aos saberes técnicos científicos instituídos, em que as práticas encontravam-se essencialmente ancoradas na valorização da medicamentação, nas prescrições de receitas, nos procedimentos de diagnose, na solicitação de exames e em aconselhamentos.

Percebeu-se situação de retroalimentação da permanência das famílias nesse lugar de alienação, o que impedia que elas experimentassem novas experiências de si, que reconhecessem nelas o potencial e o valor acerca das experiências, dos conhecimentos e de estratégias de cuidado que traziam consigo, dificultando, assim, que elas vislumbrassem e explorassem a conquista de outros lugares, desenvolvendo o papel não mais de coadjuvante obediente, mas de protagonistas nos processos que transcendiam mesmo a função de cuidadoras, explorando e adentrando outros espaços da própria vida que se apresentava plural.

O processo de medicalização social configura-se como importante faceta imbricada, conforme preconiza Tesser (2010), refere-se ao saber cultural, popular não profissional e não científico, o qual sofre processo progressivo e rápido de desvalorização nos âmbitos profissional, como no da sociedade e cultura em geral. Considera-se somente como um obstáculo cultural para expansão das verdades científicas, carente de “educação em saúde” e escolarização em geral. Como consequência, a permeabilidade e a escuta profissional a esses saberes, práticas e valores vão diminuindo. Como a propagação do saber científico supera de maneira considerável a capacidade de absorção, adequação, difusão e recriação pela sociedade, miríades de desentendimentos, mal-entendidos, simplificações grosseiras e bloqueios comunicativos, simbólicos, culturais e éticos vão sendo produzidos na relação entre

profissionais e usuários, agravados pelo envelhecimento populacional e aumento de doenças crônicas.

Fontes (2001) postula que não pode haver cuidado pleno sem integração. No processo de cuidado, deve existir integração entre o promotor da saúde (cuidador) e o usuário (ser cuidado) como atores para o reconhecimento da realidade a ser transformada. Nessa composição, o saber do profissional (considerado científico) se refaz no conhecimento empírico dos usuários; as diferenças entre ambos os saberes não são negadas. Na síntese resultante, os dois saberes alcançam maior sentido.

Diante do conteúdo explicitado, os trabalhadores da saúde inseridos nos serviços da RAISM, compromissados e ancorados na atenção psicossocial precisam, em caráter de urgência, refletir sobre as práticas desenvolvidas e iniciar processo de reorganização do cuidado em saúde mental que transcenda o modelo biomédico. Este é essencial, porém torna-se calcado e empobrecido quando atua de maneira isolada e soberana, não dialogando e não se integrando com outras dimensões absolutamente essenciais consideradas no cerne do modelo psicossocial.

É fundamental a adoção de cuidado em saúde mental que não aprisione as famílias e familiares com transtornos mentais ao modelo biologicista reducionista, abalizado, essencialmente, em proposta prescritiva somente possível com o uso de drogas. A equipe de saúde precisa incorporar em sua prática a construção diária e artesanal do cuidado em saúde mental ancorado na atenção psicossocial, desenvolvida em consonância com a constituição de redes de promoção, reabilitação psicossocial, desenvolvimento da autonomia e do exercício de cidadania das pessoas assistidas.

Recomenda-se a reavaliação e o redimensionamento da política e das ações da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, instituição sem fins lucrativos, com criação fomentada pelo CAPS em 2003, a qual apresenta a potência de se configurar como usina de protagonismo, empoderamento e cidadania de famílias e familiares com transtornos mentais assistidos. Consequentemente, outra iniciativa que também se faz necessária com vistas a atingir os mesmos fins, diz respeito à reativação de assembleias nos serviços da RAISM, incluindo-se a participação de trabalhadores da saúde.

Subtema 2 - Rede, acesso, acessibilidade e fluxo na atenção psicossocial

As narrativas explicitadas a seguir revelaram o fluxo de atenção dos familiares com transtornos mentais e das famílias cuidadoras na rede de serviços de saúde.

(...) é atendido no CAPS, no posto de saúde e quando precisa de atendimento no hospital é consultado lá. Tem as consultas com os médicos, com os enfermeiros, (...) participa de grupos no CAPS toda semana e gosta muito das atividades e da convivência de lá [...]. Quando precisa internar no Hospital Dr. Estevam, na psiquiatria, a equipe do CAPS encaminha para a internação [...], os profissionais do hospital fazem reunião com as famílias, perguntam como nós cuidamos deles em casa, como estamos dando o medicamento, fazem assim muita orientação para as famílias [...]. Os medicamentos eu pego no CAPS e no posto de saúde, se eu precisar de um remédio para comprar eu compro [...]. Os atendimentos para as famílias acontecem assim: no acolhimento do CAPS, nos dias que têm as consultas dos pacientes com os médicos, com os enfermeiros do CAPS. Tem também as visitas domiciliares que eles fazem na casa da gente que é importante [...], é assim um apoio importante quando os profissionais do CAPS fazem visita na casa da gente para ver como é que os pacientes e as famílias estão. [...] Se precisar de tratamento no PSF tem e quando precisa de um atendimento no hospital, o posto de saúde encaminha para o hospital [...].

A aproximação da equipe de saúde mental da RAISM com as equipes que atuam na APS é uma das importantes estratégias que vem sendo operadas na rede municipal de saúde de Sobral. Conforme explicitado na introdução da pesquisa, identifica-se que a responsabilização sanitária com o processo de municipalização iniciou-se em 1997, mediante implantação da ESF como eixo estruturante da APS.

A partir de 1997 surgiram novos olhares acerca da atenção em saúde mental no município, em que o modelo hospitalocêntrico manicomial passou a ser questionado, e em virtude dos fatos explicitados, foi alvo de um processo de superação com a simultânea implantação da RAISM.

Quanto à aproximação da equipe de saúde mental com APS, Tófoli e Fortes (2006) demonstram que em meados de 2004, em virtude das dificuldades no fluxo de usuários no âmbito do diálogo APS-CAPS, as triagens de saúde mental passaram a acontecer na APS.

Identificou-se que em algumas unidades de saúde, as quais contavam com a atuação do psiquiatra, havia quadro caracterizado pelo manejo mais qualificado dos casos e a alta de usuários estabilizados do CAPS para APS se tornava mais fácil. Assim, foi realizado

breve estudo para analisar a viabilidade, no sentido de que todas as unidades de saúde passassem a contar com psiquiatras. Para isto acontecer, mostrava-se necessário o remanejamento dos horários dos psiquiatras da RAISM (TÓFOLI; FORTES, 2006).

A mencionada iniciativa se mostrou factível e mediante o auxílio de uma enfermeira que passou a participar do matriciamento, outros profissionais de outras categorias da RAISM foram sendo incorporados nessa atividade, além de outros matriciadores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e dos Núcleos de Saúde Integral (TÓFOLI; FORTES, 2006). Importante mencionar que com o processo de implantação da RAISM, a porta de entrada de casos eletivos (não emergenciais) nos serviços secundários (CAPS Geral II e CAPS ad) passou a ser a ESF.

A operacionalização do apoio matricial em saúde mental no município passou ao longo do tempo por modificações em sua configuração, sendo que a sua organização na atualidade encontra-se descrita e analisada em subtema específico. Neste momento, foi evidenciado com o objetivo de ilustrar o início de seu desenho na trajetória do encontro da saúde mental com a APS no município.

Em virtude da relevância, incluindo-se os aspectos relativos à integralidade do cuidado, observa-se que a integração entre saúde mental e atenção primária (APS) é um tema bastante valorizado e discutido por vários pesquisadores e diferentes órgãos, dentre estes se citam: Sampaio; Barroso (2001); Moura Fé (1996a); OPAS (2001); Brasil (2004b); Brasil (2005a); Lancetti (2000); Wonca (2008); Bezerra; Dimenstein (2008); Lancetti; Amarante (2006); Figueiredo; Onocko-Campos (2009).

Para se efetivar na prática o princípio da integralidade, preconizado pelo SUS, há prioritariamente a necessidade de incorporação de ações de saúde mental na atenção primária à saúde. Os estudos realizados pelo Ministério da Saúde (2004b) apontam que 56% das equipes de saúde da família referem realizar ação de saúde mental. As equipes se traduzem em um recurso estratégico para enfrentamento de agravos vinculados às diversas manifestações de sofrimento psíquico. Pode-se considerar que todo problema de saúde é também e sempre mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde.

De acordo com Wonca (2008), há sete razões válidas para integrar a saúde mental nos cuidados primários, estas são elencadas a seguir: a primeira razão é referente ao fato de que as perturbações mentais ocorrem em todas as sociedades. Elas produzem carga pessoal

substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, acarretando em dificuldades econômicas e sociais significativas que afetam a sociedade no seu todo.

Quanto ao segundo aspecto, adverte-se que muitas pessoas sofrem de problemas de saúde físicos como também mentais. Assim, serviços de cuidados primários integrados ajudariam a assegurar que as pessoas sejam tratadas de maneira holística, satisfazendo as necessidades de saúde mental de pessoas com doenças físicas e àquelas de saúde física de pessoas com perturbações mentais.

A terceira razão enfocada é que em todos os países há diferença expressiva entre a prevalência de perturbações mentais, de um lado, e o número de pessoas a receber tratamento e cuidados, do outro lado. Dessa maneira, cuidados primários para a saúde mental ajudariam a diminuir esta diferença.

Na quarta razão, evidencia-se que quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários, as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais próximo de suas casas, conservando assim famílias juntas e possibilitando a manutenção das atividades cotidianas. Cuidados primários para saúde mental também facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção de saúde mental, assim como monitorização e gestão em longo prazo de indivíduos afetados.

A quinta razão está relacionada ao fato de que quando os serviços de saúde mental são prestados em cuidados primários há minimização do estigma e da discriminação. Acrescenta-se a eliminação de riscos de violações de direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.

O sexto aspecto discorre que os serviços de cuidados primários para saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os usuários, comunidades e governos. Além disso, usuários com transtornos mentais e famílias evitam custos indiretos associados à procura de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem relação custo-benefício eficaz, e investimentos por parte de governos podem proporcionar benefícios importantes.

A sétima razão refere-se ao fato de que a maioria das pessoas com perturbações mentais, as quais realizam tratamento em cuidados primários apresentam bons resultados,

particularmente quando vinculados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade.

As narrativas das famílias desta pesquisa apontaram para a realização de visitas domiciliares como recurso importante de apoio para os cuidadores. No entanto, as observações no campo da atenção domiciliar possibilitaram identificar que estas poderiam ser exploradas de maneira mais qualitativa, não se restringindo à prescrição de medicamentos, emissão de receitas e consideração do quadro sintomatológico dos usuários assistidos.

Tesser (2006) enfatiza que o término de uma consulta não pode se limitar somente à emissão de receita, ao pedido de exame ou simples encaminhamento, entretanto, deve ser tomado como o início de um novo patamar de diálogo, direcionado para pessoa em sofrimento, considerando-se as suas condições psicossocioexistenciais e os seus desafios terapêuticos, bem como possibilidades de interpretação.

Prioritariamente as visitas realizadas pelos trabalhadores da RAISM devem ser realizadas conjuntamente com os trabalhadores da APS, destacando-se a presença dos agentes comunitários de saúde. Delfini *et al.* (2009) argumentam que o agente comunitário tem papel fundamental nas equipes e no trabalho territorial conjunto com a saúde mental, pois tem poder de entrada e vínculo, contribui para elaboração de projetos terapêuticos pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, na busca por novos caminhos, descentralizando o foco na doença no saber médico e na instituição. Transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo significa também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade.

Segundo Bezerra Júnior (2007), os agentes comunitários ocupam posição especial, na interface entre o campo médico e a vida social, entre o discurso competente e a sabedoria popular, entre a ação técnica e a mobilização de recursos da própria comunidade, e com isto se habilitam a exercer papel fundamental no cuidado do sofrimento psíquico. Para que possam dar conta desse desafio, é preciso dar-lhes mais do que uma formação técnica de qualidade, conceitos e práticas básicas em saúde mental.

É necessária que se ofereça aos agentes comunitários de saúde a possibilidade de uma formação continuada, que envolva não apenas o ensino formal, mas também a análise dos casos e situações atendidas que possibilite uma discussão sobre como sua própria subjetividade intervém e é afetado em sua prática cotidiana, situando o centro de sua atuação

no espaço relacional, na trama interpessoal, na rede de lugares que compartilham com a população atendida (BEZERRA JÚNIOR, 2007).

O itinerário das famílias cuidadoras está fundamentalmente circunscrito em um processo rígido de cuidar, cenário caracterizado pela busca de atendimentos nos serviços de diferentes níveis de atenção, ancorando-se no binômio: doença versus busca pelo tratamento. Identifica-se, ainda, um quadro sugestivo, no qual as famílias e os familiares com transtornos mentais encontram-se imersos em um contexto de redes sociais empobrecidas. Os usuários com transtornos mentais, praticamente, têm como referência de rede somente o CAPS.

Investigações desenvolvidas por diferentes pesquisadores revelam que os achados desta pesquisa são perpetuados e encontram ressonâncias em outros estudos realizados em diversos cenários do país, conforme pode ser observado a seguir.

Na pesquisa desenvolvida por Nunes *et al.* (2007) apreendeu-se que tentativas de manejo de alguns casos encontravam-se ancoradas em formas bastante biomédicas e tradicionais de compreensão da doença mental, ou seja, fundamentadas na medicação, na normatividade dos comportamentos, expectativa de comportamentos agressivos e internação como horizonte terapêutico.

Os estudos que privilegiam os cuidados em saúde mental na APS indicam que um dos principais aspectos que limitam as ações de saúde mental no PSF, diz respeito ao fato de os trabalhadores da ESF ainda não se sentirem familiarizados com o universo do sofrimento psíquico (NUNES *et al.*, 2007).

Investigação realizada por Pinto; Jorge *et al.* (2012) revelou que a ESF apresenta dificuldades em acompanhar usuários com transtornos mentais, tanto os casos considerados leves até os transtornos mais graves. Apreendeu-se que a conduta adotada pelos profissionais era prescritiva, mostrando-se uma atenção medicalizante.

Os estudiosos Lucchese *et al.* (2009) ressaltam relativo desconhecimento da realidade sobre as necessidades de saúde mental na atenção primária em todo o Brasil, pois apesar da marcante presença das demandas de saúde mental nas áreas de abrangência dos PSF, as equipes, frequentemente, expressam dificuldades de identificação e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais nas comunidades.

Segundo Figueiredo e Campos (2009), a ESF é importante aliada nos cuidados às pessoas com transtornos mentais, pois se observa que parte dos usuários encaminhados aos serviços especializados não possuem, *a priori*, demanda específica que justifique a necessidade de atenção especializada. Desta forma, os usuários com transtornos mentais podem ser tratados e acompanhados nas unidades básicas de saúde, a partir da orientação adequada, com a permanência do usuário no território.

Pitiá e Furegato (2009) argumentam que quando as equipes de saúde da família se responsabilizam pelo acompanhamento adequado ao indivíduo com sofrimento psíquico severo, podem ser observados resultados positivos, como a diminuição no número de reinternações psiquiátricas, a promoção da saúde mental e a reintegração social para usuários com psicose.

Não há como se negar que avanços importantes vêm sendo realizados no âmbito da APS e da atenção em saúde mental no Brasil, entretanto é patente ainda a supremacia do paradigma positivista na atenção a saúde, com predomínio das dimensões biológicas e farmacológicas, sobrepondo-se às dimensões individual, psicológica, social e cultural. A valorização dos aspectos biomédicos por parte de trabalhadores de saúde propicia a fragilização das tecnologias relacionais em saúde, dessa maneira há prejuízos para o cuidado integral à saúde.

O desenvolvimento de ações de saúde mental no âmbito da APS é um aspecto primordial a ser também considerado no âmbito da reforma psiquiátrica. Hirdes (2009) reforça que a ênfase dada às ações de saúde mental no território constitui-se a própria essência da desinstitucionalização da psiquiatria. Para que efetivamente haja o deslocamento das ações de saúde mental para contexto comunitário, a vontade política para implantação de estruturas substitutivas à internação é fator decisivo e, concretamente, irá redimensionar novos espaços para sofrimento psíquico, a partir da produção de nova cultura de saúde/doença mental e das relações estabelecidas neste campo. Entretanto, estas ações devem transpor a centralização das ações no modelo biomédico, na doença, mediante abordagem que articule tratamento, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e projetos terapêuticos individualizados.

Pelo exposto, percebe-se que há longo caminhar a ser trilhado por equipes de saúde e gestores compromissados com o fortalecimento da interface da saúde mental com a

APS. Assim, faz-se necessária ampliação de olhares e incorporação de práticas de atenção em saúde mental.

Nessa perspectiva, Campos e Amaral (2007) defendem a valorização da clínica ampliada para ampliar o objeto de trabalho da clínica, agregando a este, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). Entretanto, a ampliação mais relevante, segundo os autores, reside na consideração de que não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas, portanto, a clínica do sujeito se configura como a principal ampliação sugerida.

Torna-se imperativo lidar com pessoas, com dimensão social e subjetiva e não somente biológica, desafio para a saúde em geral. Há mais recursos terapêuticos do que esses, como valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O cuidado em saúde mental não pode permanecer refém de práticas oficializadas, as quais muitas vezes encontram-se cristalizadas em processos rígidos de cuidar. É necessário também que transcenda as práticas desenvolvidas em serviços formais de saúde e de assistência social. Assim, os trabalhadores da saúde devem priorizar a construção diária e artesanal de formação de alianças com os diversos equipamentos comunitários e sociais, os quais sejam capazes de acolher, oferecer apoio e suporte humano às famílias e aos familiares com transtornos mentais.

Os trabalhadores da saúde que atuam consoante ao cuidado preconizado em rede de atenção integral à saúde mental precisam conhecer de fato os caminhos, as realidades cotidianas e as redes sociais em que as famílias e os familiares com transtornos mentais estão inseridos. Com a apropriação dessa realidade, há possibilidade de realizações de contribuições com potencial para ampliação e qualificação das redes, considerando-se, primordialmente os interesses, a cultura e os contextos de vida das pessoas envolvidas.

Os serviços de saúde devem prioritariamente realizar parcerias para que o cuidado em saúde mental aconteça também no âmbito do território. Os processos de reabilitação psicossocial são disparados à medida que os atores dos diferentes níveis de atenção buscam estabelecer comunicação e inter-relação horizontalizada, pautada no exercício da interdisciplinaridade e da corresponsabilização.

A qualidade de vida, segundo Junqueira (2004), requer visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como nova possibilidade para solucionar problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta para uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso, busca-se potencializar os recursos escassos, procurando por soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social.

O Ministério da Saúde (2004b) esclarece que o território não se traduz especificamente a uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo. Ele é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.). É essa noção de território que busca por organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados.

A dimensão territorial, consoante aduzem Sampaio *et al.* (2011), é consequência da magnitude e diversidade dos espaços de atuação, representados por populações portadoras de histórias singulares e potências contraditórias de produção de significados, portanto de experiências e formas vivas de expressão dessas experiências.

Vieira Filho e Nóbrega (2004) enfatizam que no território, a prática terapêutica modula-se de forma diferente do consultório: trabalha-se com a população local e no serviço comunitário. O centro de gravitação dos atendimentos em saúde mental se localiza no CAPS e o da saúde geral, no PSF, atual ESF. Esses serviços devem estar interconectados em um circuito interinstitucional integrado no SUS. Situação que pode evitar a fragmentação dos atendimentos e, ainda, ser facilitadora do planejamento de área de saúde distrital, sobretudo concernente aos atendimentos domiciliares e às intervenções clínicas na rede pessoal significativa do usuário.

Considerando-se o contexto explicitado, evidencia-se que o trabalho em rede operado no âmbito dos serviços comunitários é uma medida essencial para avanços significativos, com vistas à consolidação da atenção em saúde mental, assim torna-se imperativo o fortalecimento de redes de cuidado.

A construção de uma rede de cuidados, com a integração de diferentes iniciativas capazes de oferecer suporte às famílias cuidadoras, aos familiares com transtornos mentais e aos serviços de saúde, é uma estratégia essencial para a atenção em saúde mental.

Quando se refere à rede de cuidados, prioritariamente, é preciso considerar as redes sociais. Estudos realizados em diferentes áreas do conhecimento reconhecem que as redes sociais se constituem como espaço potencial de trocas materiais e afetivas. Neste, as pessoas podem contar com suporte e apoio social, compartilham problemas e tentam identificar soluções de maneira conjunta, além de compartilharem informações (MARTINS; FONTES, 2004; MOLINA, 2005).

Dessa maneira, as redes sociais, de acordo com Fontes (2007), apresentam considerável significado na reconstrução de um cotidiano, o qual muitas vezes encontra-se perdido em virtude do sofrimento psíquico. Prestam também relevante suporte no tratamento, mediante os diferentes dispositivos de apoio e solidariedade.

As intervenções em saúde mental devem ter como eixo principal a construção de vínculos com a comunidade, família e outros sujeitos considerados importantes, e que ofereçam apoio nas diversas situações do cotidiano (SARACENO, 2001).

Para constituir essa rede, os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004b).

Evidencia-se que dentre os principais desafios para os avanços do processo de reforma psiquiátrica, destaca-se a inserção consubstancial da saúde mental no âmbito da APS, sendo que o envolvimento e o protagonismo dos trabalhadores de saúde da ESF, bem como a construção de redes de cuidado e sociais despontam como aspectos determinantes.

Os trabalhadores da saúde da RAISM devem incorporar em suas práticas o papel de estimular familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras a ampliar e fortalecer sua rede de relações sociais. Este aspecto está preconizado no cerne da reforma psiquiátrica, visando proporcionar acolhimento, escuta qualificada e suporte às famílias para disparar o

processo de habilitação social das pessoas com adoecimento mental na comunidade e no tecido social.

Diante do conteúdo explicitado, urge fortalecimento de redes sociais, ancoradas na valorização do ser humano, da vida, das dimensões política e ética. As práticas dos trabalhadores da saúde devem de fato estar alinhadas com os princípios, as diretrizes e estratégias preconizadas pela reforma sanitária e psiquiátrica. Deve-se ter o cuidado com a reprodução de práticas voltadas estritamente para a contribuição e retroalimentação de repertórios sociais empobrecidos.

Precisa-se transcender o circuito do universo biológico, centrado na doença, no uso de medicamentos, na remissão de sintomas e cura. Outras formas de estar no mundo precisam ser experimentadas pelas famílias cuidadoras e pelos familiares com transtornos mentais. Estes precisam ocupar outros lugares, além de usuários de um sistema de saúde, assim a equipe de saúde possui a potência de contribuir de maneira valiosa para que eles ressignifiquem experiências de vida. A ressignificação se torna possível à medida que famílias e familiares com transtornos mentais são respeitados em suas vivências singulares, crenças, valores, manifestações religiosas e culturais.

Importante ressaltar que o município implantou uma rede de atenção integral à saúde mental no ano 2000 e atualmente dispõe de uma boa cobertura da APS, portanto, há a instalação de serviços com capacidade de atuarem consoantes ao cuidado integral. Dessa maneira, são realizadas as indagações a seguir:

Por que não foram realizados avanços mais significativos na interface do CAPS com os centros de saúde da família? Por que ainda predominam no município de maneira marcante as dificuldades de transcendência do modelo biológico, focado na doença, no uso de medicamentos e na remissão de sintomas?

Por que a atenção em saúde mental ainda encontra-se capturada pelos processos rígidos de cuidar? O que está faltando para que a atenção em saúde mental no município seja operada de forma mais efetiva no âmbito da APS?

Como a equipe de saúde mental deve atuar, com vistas a ampliar e fortalecer de forma expressiva a rede de relações sociais, ainda empobrecidas, de usuários com transtornos mentais e famílias assistidas?

Subtema 3 - Cuidado em saúde mental nos dispositivos de atenção psicossocial e atenção primária à saúde: significados e sentidos culturais

Percebeu-se pelas narrativas das famílias a mudança de olhar sobre o cuidado em serviço substitutivo como estratégia de cuidado e construção de sujeitos. Neste contexto, destaca-se a satisfação dos cuidadores concernente à atenção prestada pelo CAPS Geral
Damião Ximenes Lopes.

[...] o tratamento hoje na saúde mental está muito bom, a mudança foi da água para o vinho. O CAPS veio para dá uma vida melhor para os pacientes e para as famílias [...], o atendimento é de qualidade, tem humanidade [...]. O CAPS é um apoio importante para as famílias desse povo que tem doença mental [...]. Os dois CAPS têm me ajudado muito, já ajudou a aposentar uma filha, o CAPS AD a aposentar o meu outro filho. Se não fica bom sobre o problema da doença é porque não tem que ficar, porque tratamento não falta [...], meu filho até faz questão de querer ir para o CAPS [...] ele gosta de participar das atividades no CAPS, de fazer aquelas pinturas, as atividades físicas. Eu noto que junto com a medicação vai melhorando muito para ele. Nunca mais precisou internar, isto significa que o tratamento está dando certo [...]. Os profissionais do CAPS têm atenção com a gente, fazem visita domiciliar, tem as consultas com o enfermeiro, com o médico [...], quer dizer é uma segurança e uma atenção boa esta da equipe da saúde mental [...], é só satisfação essa assistência do CAPS [...]. As famílias precisam continuar a missão de cuidar com amor e Deus dá a conformação [...].

Com a implantação da RAISM, e em especial destaque para o CAPS Geral, percebe-se que este vem possibilitando avanços importantes na atenção em saúde mental no município. De fato se configura como dispositivo estratégico, ordenador e articulador na rede de saúde. Contribui para desconstrução de crenças e práticas, outrora viciadas no isolamento e na internação psiquiátrica como formas predominantes de assistência.

O referido dispositivo promove a continuidade do tratamento de usuários com transtornos mentais, caracteriza-se por uma atenção humanizada, compromissada com a qualidade dos serviços prestados, operando o cuidado por uma equipe multidisciplinar. Busca estabelecer parcerias com a sociedade civil organizada, mediante a articulação com outros dispositivos e a realização de atividades fora do serviço, no intuito da habilitação psicossocial.

Como exemplos, cita-se o espaço cedido pela Secretaria da Cultura, local em que funciona uma oficina intitulada “costurando redes de inclusão social”. Nesta ação, estão engajados os usuários com transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas e famílias assistidas no CAPS Geral e CAPS AD, os quais obtêm renda financeira com essa atividade.

Dentre outras parcerias firmadas, identifica-se a do CAPS Geral com a Secretaria da Juventude e do Esporte que possibilita a participação dos usuários (crianças, adolescentes, adultos) no Projeto Segundo Tempo, no qual estes são inseridos em modalidades esportivas. A parceria com a escola de música propicia a aprendizagem de diferentes instrumentos musicais e favorece oportunidades de trocas afetivas, simbólicas com potencial para a formação de vínculos.

Pelas narrativas das famílias, observou-se que os cuidadores realizavam avaliação positiva no que tange à atenção à saúde mental nos dias atuais. Evidenciam que o CAPS vem contribuindo para melhoria na qualidade de vida dos familiares com transtornos mentais e famílias, classificam o atendimento como de qualidade e comprometido com o cuidado humanizado.

Os cuidadores argumentaram ainda que o referido serviço se caracterizava como apoio relevante para as famílias e evidenciaram a contribuição dele no processo de aquisição de aposentadorias. Outros aspectos destacados referiram-se à participação dos familiares com transtornos mentais nas atividades ofertadas pelo serviço, à diminuição do ciclo de internações. As visitas domiciliares são novamente evidenciadas como uma ação importante.

Segundo Silva e Braga (2009), dispositivos em saúde mental, como os CAPS, são de indiscutível importância para continuidade do tratamento, pois a participação de usuários nesses serviços potencializa a relação: usuário, família e trabalhador da saúde, oportunizando a intervenção em crise, minimizando os ciclos de internações e o afastamento do usuário de seu território, espaço de trocas afetivas e materiais.

Corroborando com esta pesquisa, os estudos de Borba *et al.* (2011) demonstraram que as famílias cuidadoras consideram que além da adesão ao tratamento medicamentoso, é importante a inclusão de outras atividades no tratamento. As transformações ocorridas na forma de assistir a pessoa com transtorno mental, em decorrência do movimento da reforma psiquiátrica em curso no país, são percebidas pelos participantes da pesquisa como estratégias importantes para humanização da assistência.

Investigação realizada por Moreno (2009) evidenciou que as famílias se reportavam positivamente ao acolhimento feito pela equipe do CAPS, no que tange aos seguintes aspectos: orientações e atendimentos consoante às necessidades, bem como o

aprendizado referente ao lidar com situações que em outros momentos levavam à internação psiquiátrica. Estes são fatores que contribuem para as famílias se sentirem cuidadas.

De acordo com Tenório (2002), os CAPS se estruturam como serviços de média complexidade. Em virtude da especificidade clínica da clientela, do transtorno mental apresentado e das condições de vida, há necessidade de realização de atividades de cuidado que transcendam a realização de consulta ambulatorial mensal ou semanal. O referido serviço organiza-se de maneira que o usuário, caso necessite, possa frequentá-lo diariamente. São oferecidas atividades terapêuticas e acolhimento por uma equipe interdisciplinar.

Pelas narrativas das famílias, identificou-se que as visitas domiciliares foram citadas novamente e se constituíam atividades valorizadas pelos cuidadores. As observações no campo da atenção domiciliar demonstraram que os atendimentos operados mediante a referida atividade encontram-se de maneira predominante centrados na questão medicamentosa, na prescrição de receitas e na sintomatologia apresentada pelo usuário.

As visitas domiciliares precisam ser tomadas pela equipe do CAPS como uma atividade de cuidado direcionada para os familiares com transtornos mentais e também para as famílias cuidadoras. Devem ser desenvolvidas de maneira compartilhada com a equipe da ESF e focalizando-se não somente os aspectos prescritivos, biológicos, como também a atenção psicossocial. Faz-se necessário reavaliar como as práticas de atenção estão sendo operadas, assim possibilitará o surgimento de novos caminhos para formas de cuidado a serem construídas na relação estabelecida entre trabalhadores da saúde e usuários.

A realização de visitas domiciliares conjuntas, desenvolvidas em uma aliança formada pelo CAPS e unidade de saúde da família, possibilita a formação e qualificação dos vínculos entre os trabalhadores da saúde dos diferentes níveis de atenção e entre estes e os usuários com transtornos mentais e famílias cuidadoras. Este se configura como momento fértil para construção artesanal da corresponsabilização, em que também os saberes, experiências e práticas podem ser compartilhados, desmistificando-se crenças e preconceitos arraigados que impedem a aproximação dos trabalhadores da ESF com os usuários com transtornos mentais.

De acordo com os psiquiatras Sampaio e Barroso (2001), a visita domiciliar possibilita o conhecimento da dinâmica concreta do universo familiar dos usuários, estimula a comunidade para o debate voltado para promoção de saúde mental, atendimento em situações

agudas de crise. Neste último caso, o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de propiciar à família e vizinhança “pedagogia do cuidado”, incluindo estratégias de abordagem e tolerância a desvios da norma comportamental prevista na cultura.

Delfini *et al.* (2009) salientam a importância das visitas domiciliares e seus desdobramentos (encaminhamentos com responsabilização, atendimentos conjuntos e outras estratégias), os quais fazem parte do trabalho territorial. Destacam que um dos objetivos das visitas domiciliares consiste em fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade.

Mediante as visitas domiciliares são realizados atendimentos conjuntos, para que ambas as equipes entendam a complexidade de cada grupo familiar e possam adentrar em seus territórios subjetivos. Ouvir a história de cada membro, conhecer a dinâmica das relações estabelecidas naquela residência ou comunidade, perceber as dificuldades e potencialidades de cada um enriquece a prática, ajuda a identificar possibilidades, agenciar recursos e serviços (DELFINI *et al.*, 2009).

Conforme Sampaio *et al.* (2011), na rede de atenção à saúde mental, a complexidade do objeto, o sujeito que sofre e não foi desapropriado de seu contexto social, redireciona a lógica de organização dos serviços e dos processos de trabalho, os quais são impelidos à adoção crítica de uma ética e estética do cuidado, pautada no respeito às singularidades, na atenção integral e reapropriação das relações com a cidade e cidadania.

Nesse sentido, o CAPS desponta como um dos principais dispositivos responsáveis pela articulação e fomento de construção de redes sociais. Assim, concorda-se com a posição de Almeida *et al.* (2004, p.118) quando defendem que:

Um CAPS não pode ser um “programa de auditório” para entreter, de modo medíocre, o vazio de vidas vazias, nem uma “instituição de capacitação técnica”, para habilitar pobres a postos pobres do mercado de trabalho, apenas garantindo a empregabilidade de sobrevivência. O CAPS não pode ser apenas uma “clínica de psicose”, mas um centro de inserção e mudança cultural, uma “usina de cidadania” articulando espaços fora dele, fazendo o cliente circular a cidade, não apartar-se dela.

Entende-se que um dos principais desafios para os trabalhadores da saúde mental na contemporaneidade é operar a clínica no território. Não basta atuar somente na perspectiva de remissão de sintomas ou de prevenção de surtos psicóticos. Deve-se considerar

essencialmente a subjetividade das pessoas assistidas e as suas capacidades relacionadas à interação social.

Nos dias atuais, um dos mais importantes desafios para ampliação das possibilidades terapêuticas voltadas para as pessoas com transtornos mentais graves, reside na capacidade de realização de integração entre diferentes segmentos sociais, serviços de saúde dos diversos níveis de atenção e articulação do cuidado no território comunitário e familiar do usuário.

Mediante as observações realizadas no campo da atenção psicossocial, apreende-se que o CAPS vem desenvolvendo de maneira tímida o seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais. As ações voltadas para preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território ainda são bastante incipientes.

Torna-se primordial também a realização de articulações mais sólidas com as equipes da ESF, bem como intensificação de ações que contemplem a vida comunitária e a autonomia dos familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras. Acrescenta-se a necessidade de ampliação nas articulações com os recursos existentes em outras redes sociais.

Percebe-se que trabalhadores da saúde da RAISM apresentam dificuldades e mesmo resistências para operar o cuidado em saúde mental no território, desenvolvendo estratégias realmente possibilitadoras de inclusão social dos usuários assistidos. Não há um trabalho de fato voltado para o exercício da cidadania e autonomia das pessoas com transtornos mentais e cuidadores. Os ideários da reforma psiquiátrica ainda não estão efetivamente introjetados, no sentido de serem traduzidos em ações concretas consoantes a atenção psicossocial.

Seguindo a perspectiva, consoante à mudança de olhar em serviço substitutivo preconizado pela reforma psiquiátrica, as famílias evidenciam a atenção prestada na unidade de internação psiquiátrica em hospital geral (UIPHG) e apontam também para necessidade de melhorias nesse dispositivo da RAISM:

[...] quando precisa de internação, os profissionais do CAPS logo ajeitam para que seja feita a internação na unidade de psiquiatria do hospital, as famílias ficam como acompanhantes [...], a internação é bem diferente daquela do hospital psiquiátrico, hoje tem humanidade, respeito pelos pacientes [...]. Tanto os médicos como a equipe procuram fazer um bom trabalho [...], vejo que o atendimento é de qualidade, os profissionais têm dedicação para fazer o melhor para os pacientes internados. [...] as famílias ficam mais tranquilas porque os pacientes estão sendo

bem tratados [...]. Na unidade da psiquiatria o tratamento presta, eles dão orientação, conversam com os familiares que estão acompanhando o paciente [...]. [...] o que eu não gostei na unidade de psiquiatria do hospital foi a alimentação dada para os pacientes e para as famílias, era praticamente só soja no almoço, todo dia [...], eu acho que precisaria melhorar mais a alimentação para os pacientes e para as famílias [...] Outra coisa ruim é a acomodação no hospital para os familiares. As famílias ficam dormindo em uns colchonetes, nos bancos de cimento, não tem conforto, nem uma acomodação melhor [...]. Deveria ter mais conforto para os acompanhantes que ficam com os pacientes no hospital [...]. O espaço do hospital também é pequeno demais, deveria ter um espaço maior, quando têm muitos pacientes internados com as famílias acompanhantes a situação fica mais acochada ainda [...].

As internações e reinternações na UIPHG são traduzidas como resultados de crises na estabilidade do quadro psicopatológico manifestado pelos usuários com transtornos mentais, as quais podem está associadas a diferentes fatores, como dificuldades de adesão à terapêutica medicamentosa, interrupção no tratamento e situações vivenciadas no ambiente familiar, comunitário ou social.

Com o processo de reforma psiquiátrica no município, as internações psiquiátricas passaram a ser realizadas na UIPHG. Esta iniciativa atende ao preconizado pelo Ministério da Saúde (2010b), ou seja, quando o usuário com sofrimento psíquico estiver em crise e havendo-se a necessidade de intervenção em emergência hospitalar, esta deve acontecer em hospitais gerais e dispor de serviço de urgência e emergência.

A internação em hospital geral, conforme salientam Sampaio e Barroso (1997b), contribui para o avanço da cidadania da pessoa com transtorno mental, ao desmistificar crenças equivocadas e possibilitar melhoria nas atitudes da família e comunidade em relação ao indivíduo mentalmente enfermo. A construção de unidade psiquiátrica em hospital geral de pequeno porte, específica para casos considerados mais problemáticos, apresenta possibilidade diante da necessidade de transferências para hospitais psiquiátricos.

Dalgalarrondo (1995) acrescenta que as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais se traduzem em uma proposta de atenção em saúde mental articulada ao movimento mais amplo da reforma psiquiátrica. Este movimento tenta prevenir o hospitalismo, evitar as longas internações, a perda de identidade, dos vínculos sociais e da cidadania. Fornecer temporariamente ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado, capaz de propiciar segurança e tratamento para pessoas em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para outros indivíduos, é a função da internação psiquiátrica.

O hospital geral, em que se encontra instalada a unidade de internação psiquiátrica, atende à população local e é referência também para a macrorregião de Sobral, assim como oferece pronto-atendimento clínico em regime de 24 horas. É referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico nos dias úteis, após as dezoito horas, e nos fins de semana e feriados, quando os serviços extra-hospitalares CAPS, CAPS AD e CEM não estão em funcionamento.

A UIPHG é composta por quatro enfermarias, com total de 17 leitos, os casos são agendados pela central de regulação de leitos do Estado. Atende, principalmente, aos usuários em estado agudo de crise psicótica, quadros de depressão associada à dependência química, de violência auto ou heterodirigida, de recusa de medicamento, de recusa alimentar prolongada, de sintomas extrapiramidais, desorientação e confusão mental, apresentando média de nove dias de internação.

A clínica, um dos setores do hospital pesquisado, por sua vez, conta com 13 enfermarias com o total de 52 leitos. Podem ser internados usuários psiquiátricos, aqueles que apresentam comorbidades clínicas e psiquiátricas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, os quais não apresentam risco de fuga. O tempo de permanência é de aproximadamente sete dias.

Na UIPHG atua uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, educador físico, clínico geral. Semanalmente, acontece reunião da equipe, mediante a discussão dos casos clínicos, em que se discute as dificuldades detectadas, as estratégias de busca para soluções mais apropriadas, sobretudo focando a retirada do estado agudo, a alta em breve espaço de tempo e a articulação com o CAPS (no caso dos sobralenses) e com o CEM e os municípios da macrorregião para o acompanhamento pós-hospitalar.

No que concerne ao trabalho em equipe, Sampaio *et al.*, (2011) advertem que não há garantia de que este para os objetivos técnicos específicos da clínica psicossocial, mostre-se mais eficaz em relação ao trabalho individual. Porém, Sampaio *et al.*, (2011, p.4686) destacam três grandes ordens de vantagens:

- a) Ideológica - o trabalho em equipe impede a hegemonia de um dos vários saberes que buscam dar conta do processo saúde/doença mental, portanto a prática onipotente e acrítica;
- b) Teórica - o trabalho em equipe expõe as teorias à competição, obrigando-as a aperfeiçoarem seus instrumentos, a interconterem-se e a interfertilizarem-se;
- e, c) Organizacional - devido à complexidade crescente do

conhecimento, não é mais possível, a qualquer trabalhador isolado, dar conta da totalidade de um problema, daí a equipe tornar-se imposição histórica, não escolha.

A UIPHG articula-se com os demais dispositivos da rede. Recebe apoio técnico dos trabalhadores da saúde disponibilizados pela RAISM e outros trabalhadores da saúde são custeados pelo hospital: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares de enfermagem, médico plantonista em regime integral, que atende às intercorrências da referida unidade. Nos fins de semana, a unidade dispõe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem em tempo integral e um psiquiatra ou um médico clínico geral com habilidade em saúde mental permanecem de plantão e de sobreaviso.

Considera-se avanço importante o reconhecimento das famílias no que diz respeito à atenção desenvolvida na UIPHG. Segundo os cuidadores, esse dispositivo é caracterizado por oferecer assistência humanizada e de qualidade para os usuários assistidos. Eles enfatizam ações que são realizadas para as famílias acompanhantes no momento da internação de seus familiares com transtornos mentais.

As observações no campo da atenção psicossocial propiciaram a identificação, no concernente às atividades desenvolvidas: avaliação médico-psicológico e social; atendimento individual (psicoterapia breve, terapia ocupacional, terapia medicamentosa); atendimento grupal (grupo de terapia ocupacional, grupo operativo, educação em saúde, atividades socioterápicas); abordagem à família, incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento; preparação do usuário para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em programa de atenção compatível com a sua necessidade (ambulatório, CAPS, centro de saúde da família), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

Ao se referir às reinternações, Dalgarrondo (1995) menciona como principais pontos para reduzi-las aqueles correlacionados à disponibilidade e à utilização de serviços extramurais, tais como: ambulatórios, oficinas protegidas etc., que sejam capazes de oferecerem com eficiência a farmacoterapia, a psicoterapia, a terapia ocupacional, a orientação e a reabilitação social.

No respeitante aos usuários advindos de outras cidades, estes são atendidos no hospital mediante prévio contato estabelecido com a central de regulação de leitos do Estado. Quanto aos usuários em crise, são acolhidos independentemente de tal procedimento.

Muitas vezes, porém, o acolhimento é prejudicado porque nem sempre o usuário chega ao hospital com acompanhante ou familiar que possa prestar os esclarecimentos sobre o caso. Em relação às altas, alguns usuários acabam permanecendo no hospital desnecessariamente por alguns dias, à espera de transporte dos seus municípios. Após a alta hospitalar, os usuários são referenciados para o CEM ou para outro serviço extra-hospitalar mais indicado para o caso (CAPS, ESF) nos seus municípios. Busca-se estabelecer estreito contato com os trabalhadores de saúde para observá-los como referência para acompanhamento e suporte terapêutico, prestando atenção continuada, integrada e de qualidade à pessoa com transtorno mental. Dessa maneira, pode-se evitar o binômio crise-internação. Nesse contexto, torna-se imperativo o envolvimento das famílias e comunidades como agentes terapêuticos no acompanhamento a essas pessoas.

As observações no campo da atenção psicossocial confirmaram os achados de Pereira e Andrade (2001), e de Sá (2006), ou seja, de que a pós-alta se configura um problema a ser enfrentado, pois muitos municípios da macrorregião não desenvolvem ações de saúde mental. Detectaram-se, ainda, situações que dificultavam a redução da média de dias de internamento de usuários provenientes de outras localidades: a precariedade socioeconômica da grande maioria dos usuários e famílias, e o descaso de alguns municípios que comprometem o acolhimento e a alta dos usuários. Assim, identifica-se que muitas famílias acabam apenas aguardando no ambulatório de psiquiatria macrorregional (CEM), o qual não tem condição de oferecer atenção territorializada.

Por meio das observações no campo da atenção psicossocial, detectou-se também que mesmo aqueles municípios que implantaram CAPS ou que estavam buscando organizar minimamente a atenção em saúde mental, há muitas vezes contexto caracterizado por: carência de medicamentos, de transporte para a pós-alta, inexistência de profissionais de referência para os casos, fatores estes que contribuem para um quadro de reinternações.

Com objetivo de trabalhar essas questões, a Secretaria da Saúde de Sobral, a coordenação da RAISM, a gerência da UIPHG buscam o apoio da Delegacia Regional

Estadual da Saúde, bem como estabelecem diálogo com os secretários e trabalhadores de saúde atuantes nos outros municípios para a resolução desses problemas.

No que tange à presença de um acompanhante do usuário com transtorno mental no período de internação, considera-se medida importante adotada na RAISM, e operacionalizada pela equipe da UIPHG. Consoante aos estudos realizados por Barros e Jorge (2011), a finalidade para esse procedimento consiste em evitar o rompimento de vínculos sociofamiliares. Os acompanhantes recebem atenção da equipe multiprofissional e são orientados em relação a diferentes aspectos do tratamento: objetivos da internação, normas da enfermagem, identificação do manejo precoce das crises, administração correta de psicofármacos no ambiente domiciliar, realização de alta, bem como outros fatores relevantes.

Nas situações em que não há possibilidade de acompanhante permanecer com o usuário na UIPHG, não há obstáculos para garantia do atendimento. Dessa maneira, as referidas iniciativas estão congruentes com as propostas oriundas da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que recomenda a garantia de acompanhamento por familiares ou pessoas de vínculo próximo aos usuários no período de internação, com vistas a propiciar a redução de danos afetivos e do tempo de internação, sendo que nos casos de ausência de familiar ou responsável durante a situação de crise e/ou internação psiquiátrica em hospital geral, não deve existir impedimentos para a realização, deve ser garantido atendimento ao usuário, respeitando-se a singularidade de cada um (BRASIL, 2010a).

A internação psiquiátrica, segundo Dalgarrondo (1995), embora se faça necessária, apresenta também aspectos negativos: diminuição da autoestima, aumento da dependência e do comportamento regredido, intensificação do estigma relacionado ao papel de doente mental, geração de custos financeiros para a pessoa com transtorno mental, para os familiares e para o Estado.

As narrativas das famílias revelaram também que melhorias precisam ser realizadas na citada unidade de psiquiatria, destacando-se: a qualificação das refeições servidas aos usuários internados e acompanhantes, melhorias das condições de acomodações para estes últimos, assim como referem que o espaço da unidade é pequeno. Mediante as observações no campo da atenção psicossocial, os aspectos mencionados confirmaram-se.

Esclarece-se que existe convênio celebrado entre a Prefeitura Municipal e os proprietários do Hospital, bem como o repasse de plus para garantia da atenção em saúde

mental na UIPHG. Entretanto, o atual gestor do hospital não vem se mostrando há um tempo colaborativo com a equipe de saúde mental e com a secretaria da saúde, pois apresenta dificuldades para corresponder efetivamente ao que lhe compete para garantia da atenção de qualidade na UIPHG. Pois, nos últimos tempos, evidencia-se quadro caracterizado por: ausência de alguns medicamentos; redução arbitrária de membros da equipe (auxiliares e técnicos de enfermagem) e não reposição dos mesmos; redução de pessoal do setor de limpeza; carência e/ou demora na entrega de recursos de higiene para os usuários internados; cardápio repetitivo; falta de conforto para as famílias acompanhantes; atraso na entrega dos materiais utilizados pela Terapia Ocupacional, o que interfere no desenvolvimento das atividades de autocuidado, dentre outros aspectos que prejudicam a assistência.

As referidas situações acarretavam desmotivações e desgastes na equipe de saúde mental. A coordenação da RAISM e a gerência da UIPHG, por muitas vezes, buscaram dialogar com o gestor para regularização da situação, no entanto, costumeiramente alegava que o hospital se encontrava em dificuldades financeiras, bem como argumentava que o repasse do SUS estava “congelado” há anos e que havia necessidade de a secretaria da saúde repassar os recursos financeiros sem atrasos, bem como realizar evolução nos valores destes para o hospital.

Dessa maneira, a coordenação da RAISM e a gerência da UIPHG tiveram de denunciar a situação para a secretaria da saúde, setor de auditoria e vigilância à saúde para superação da situação explicitada. Alguns aspectos foram resolvidos e outros se encontravam à guisa de resoluções.

Desse modo, é urgente solucionar a situação de maneira definitiva, pois há ameaças reais do referido dispositivo idealizado consoante aos ideários e moldes da reforma psiquiátrica, transformar-se em manicômio sutil, muito embora esta não seja a intenção da equipe da RAISM e dos gestores municipais.

Outro aspecto que merece destaque se refere à instalação de uma nova UIPHG no Hospital Macrorregional Norte, que contará com 21 leitos. Isto significa que haverá a necessidade de redimensionamento no desenho da rede de saúde mental do município.

As observações no campo da atenção psicossocial possibilitaram também a compreensão de que as condições ambientais, nas quais os familiares com transtornos mentais

estão inseridos, muitas vezes apresentam caráter estressor que precipita as crises e a necessidade de reinternações.

Em Sobral, conforme se detectou, a implantação da RAISM vem possibilitando o rompimento com a dinâmica de reinternações, espaçando consideravelmente a necessidade de internações na UIPHG e, de maneira geral, quando internados, os usuários permanecem na unidade por um período de nove dias. Após a alta, os usuários de Sobral recebem retaguarda dos CAPS e das equipes da ESF.

Identificam-se como aspectos positivos da internação no hospital geral: menor permanência no hospital, tratamento humanizado, favorecimento da estabilização do quadro do usuário internado, continuidade da atenção prestada pelo CAPS e presença de um familiar ou responsável no período de internação.

Por outro lado, um dos importantes desafios evidenciados no âmbito da atenção prestada na UIPHG refere-se à necessidade de corresponsabilização de municípios circunvizinhos no respeitante à pós-alta de usuários com transtornos mentais e famílias assistidas e a garantia de continuidade de tratamento, com vistas a evitar a ciranda crise-internação-crise, e os efeitos negativos de reinternações psiquiátricas frequentes.

As narrativas das famílias no concernente à assistência prestada pelo CAPS evidenciaram por outro lado a necessidade de melhorias do cuidado nos moldes da atenção psicossocial.

[...] o atendimento para as famílias acontece na hora do atendimento dos pacientes [...], as famílias estão muito distantes dos profissionais da saúde mental. Tem que ter integração maior entre família e equipe da saúde mental [...]. Deve ter mais visitas domiciliares para atender às famílias [...], se tivesse grupos fixos para atendimento às famílias seria muito bom [...], nos grupos as famílias falavam as dificuldades, as dívidas, falavam não só de doença, mas de outros assuntos. [...]. É importante dá mais valor às famílias, ter mais atenção com as famílias como se tem com os pacientes [...], isso daria mais conforto, apoio, força para as famílias [...]. Deveria melhorar também o acolhimento do CAPS, porque a gente espera muito na recepção no dia que tem consulta, atendimento, a gente chega muito cedo e já vem sair tarde [...]. Precisa regularizar o fornecimento dos medicamentos, às vezes, falta um ou outro medicamento e aí a gente precisa comprar porque não tem como deixar paciente mental sem medicamento [...], se o remédio falta e o paciente não toma, ele descompensa e a crise chega sem pedir licença. [...] A falta de medicação atrapalha muito no tratamento e a gente também. O dinheiro é pouco para tudo e para comprar os remédios fica tudo mais difícil [...]. Um problema que está acontecendo é com o transporte do CAPS, algumas vezes o carro não vem buscar (...) em casa para levar para as atividades do CAPS [...]. Tem que ter um transporte somente a serviço do CAPS para levar os pacientes que mais precisam de atenção para as atividades da semana [...], quando os pacientes participam das atividades, a gente ver que melhora o comportamento deles em casa [...].

As narrativas revelaram o desejo das famílias de serem inseridas no cuidado em saúde mental, ou seja, não somente caracterizadas como corresponsáveis pelo tratamento de seus familiares com transtornos mentais, mas conotadas como pessoas que necessitavam de cuidados planejados e permanentes.

Santin e Klafke (2011) ressaltam que o trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver em uma família, em que há muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar com questões referentes ao auxílio ao familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

As famílias desta pesquisa forneceram pistas de como esse cuidado poderia ser ofertado e sugeriram a realização de grupos, os quais favoreceriam maior integração dos cuidadores com a equipe de saúde mental.

Melman (2006) explica que um grupo de famílias pode funcionar como um espaço de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes. O estímulo ao compartilhamento de experiências revela-se como importante ferramenta para ampliação da capacidade de lidar com os problemas.

A realização de visitas domiciliares, por sua vez, possibilita o conhecimento acerca dos usuários, de suas vivências, além de se constituir momento propício para o planejamento de estratégias terapêuticas, considerando-se a rotina da casa. O domicílio passa a funcionar como ambiente terapêutico, o cuidado humanizado torna-se cada vez mais viável, propiciando a criação de vínculo entre a equipe e o usuário (SILVA *et al.*, 2011).

A Portaria nº 336, que regulamenta o funcionamento dos CAPS, preconiza a realização de atividades, inserindo as famílias no cuidado e a criação de laços de solidariedade entre famílias e seus membros, visando discussões de problemas comuns e enfrentamento de situações difíceis. Recomenda, ainda, que as famílias recebam orientação acerca do diagnóstico e exerçam participação ativa no projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

Segundo estudos realizados por Borba *et al.* (2011), as famílias indicam que antes de conseguirem desempenhar o seu papel de cuidadoras, precisam encontrar estratégias para enfrentar as situações adversas. Dessa maneira, muitas vezes, faz-se necessário primeiramente

se conhecerem, e terem a oportunidade de trabalhar com anseios, para assim posteriormente cuidar do outro.

Deve ser possibilitado às famílias espaços de cuidado para que elas falem, compartilhem experiências. Pois, precisam ser ouvidas em suas angústias e no que diz respeito às vitórias que conquistaram nos âmbitos do tratamento, do relacionamento com o familiar que adoeceu e nas descobertas de estratégias de enfrentamento (BORBA *et al.*, 2011).

As famílias procuram os dispositivos da RAISM cansadas, angustiadas, desesperançosas, relatando queixas referentes ao quadro sintomatológico apresentado pelos familiares com transtornos mentais. Evidenciam também as dificuldades cotidianas que lidam enquanto cuidadoras.

Observou-se pelas narrativas a necessidade de qualificação do acolhimento operado no equipamento CAPS. Os cuidadores alegaram que esperaram durante muito tempo na sala de recepção para serem atendidos em suas demandas. Pelo fato de ter de permanecer praticamente um turno inteiro no serviço para serem atendidos nos dias de consultas ou outros atendimentos, identificou-se nas observações de campo da atenção domiciliar que havia repercussões desse episódio na organização da dinâmica familiar dos cuidadores. Quando o atendimento estava agendado para acontecer no turno da manhã, as famílias preparavam as refeições muito cedo antes de se encaminharem para o CAPS, como também acabavam tendo de delegar atividades de casa sob sua responsabilidade para outros membros da família.

Considerando-se os fatos relatados e a necessidade de proporcionar acolhimento consoante à humanização do cuidado, deve se configurar tarefa prioritária da equipe de saúde mental, criar espaços permanentes com capacidade de oferecer escuta qualificada às famílias cuidadoras. As intervenções precisam ser pensadas de maneira compartilhada, visando ajudar as famílias na superação de dificuldades. Isto implica na necessidade de repensar e reorganizar o cuidado operado no cotidiano nos dispositivos de atenção psicossocial.

Nesse cenário, evidencia-se a relevância do acolhimento que se traduz em uma proposta voltada para melhoria das relações dos serviços de saúde com os usuários. Concretiza-se no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde, em que há uma escuta, um processamento de sua demanda e uma busca de resolução, se possível (TESSER *et al.*, 2010).

O acolhimento, na visão de Takemoto e Silva (2007) se configura como estratégia, com vistas a atender às necessidades de usuários e famílias. O encontro ocorre pela mediação de uma queixa e escuta oferecida pelo serviço. Constitui-se em cenário de encontro, intercessão, negociação entre a tríade: trabalhadores, usuários e famílias, compondo uma etapa do processo de trabalho, significando possibilidade de estabelecimento de uma rede de conversação.

O vínculo apresenta estreita relação com a capacidade de o outro usufruir da condição de sujeito ativo nas decisões acerca da sua vida. É, portanto, o dispositivo que motiva os sujeitos (trabalhadores e usuários) ao encontro de suas potencialidades, pois favorece a reciprocidade de experiências e, assim, possibilita a construção de atos terapêuticos corresponsabilizados e coautorais (SANTOS, 2008).

Nesse contexto, ressalta-se a priorização das descritas tecnologias leves, comunicacionais e relacionais, as quais são interpretadas como estratégias fundamentais no cuidar em saúde mental, operado na perspectiva da atenção psicossocial. Assim, Merhy (2007) enfatiza que os recursos das tecnologias leves oportunizam que os trabalhadores desloquem o modelo assistencial pautado no atendimento individual e curativo, no qual o foco da produção é o procedimento em si, para um modelo em que haja um foco voltado para a produção de cuidados.

As famílias cuidadoras argumentaram que a carência de medicamentos acarretava prejuízos, como ônus financeiro para os cuidadores e a iminência de manifestação de um quadro de crise psicótica dos familiares com transtornos mentais.

As observações no campo da atenção psicossocial possibilitaram apreender que o não fornecimento regular de medicamentos durante determinado período estava associado à necessidade de maior agilidade no processo de licitação por parte do setor responsável do órgão público municipal, como também a questões envolvendo as empresas fabricantes dos medicamentos, as quais tiveram de lidar com problemas relativos à ausência de matéria-prima para a produção de medicamentos.

São muitas as repercussões oriundas da escassez de medicamentos: os gastos financeiros feitos pelos cuidadores que já têm de lidar com recurso financeiro limitado, o fantasma da crise que passa a fazer parte do cotidiano das famílias, produzindo angústia e tensões. Acrescenta-se que muitas famílias equivocadamente fizeram a leitura de que a equipe

do CAPS estava sonhando medicamentos, isto gerou situação conflituosa, desagradável, em que muitas famílias em virtude dos sentimentos de medo e angústia que os invadiam, desferiram agressões verbais para com a equipe de saúde mental, isto gerou tensões nas relações.

A equipe da RAISM, por outro lado, sentiu-se também angustiada em presenciar as aflições vivenciadas pelas famílias, no tocante à possibilidade de recaída dos familiares com transtornos mentais, além de se perceber prejudicada no seu ato de cuidar. Acrescentam-se também linhas de tensões que foram geradas entre os trabalhadores e gestores, entre equipe da rede e unidades de saúde da família.

A escassez de medicamentos, independente dos fatores causadores, ocasionam prejuízos de diferentes magnitudes, isto sinaliza para realização criteriosa de planejamento e de estoque de medicamentos. É inadmissível a falta de medicamentos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, principalmente em se tratando de um município que apresenta uma história singular e é considerado referência nacional na atenção em saúde mental.

Quanto à necessidade de uso de transporte oferecido pelos CAPS, evidenciou-se que se justifica pela gravidade da condição psiquiátrica de vários usuários assistidos, pelas dificuldades que apresentam para se deslocarem sozinhos, o fato de as famílias ficarem preocupadas quando eles se deslocavam sozinhos, além de não contarem com recurso financeiro para pagamento de serviços de transporte.

Investigação realizada por Oliveira e Mendonça (2011) demonstrou que as famílias enfrentam problemas relacionados à distância geográfica, ao acesso aos CAPS do município, decorrentes de recursos financeiros insuficientes.

No decorrer das observações no campo da atenção psicossocial, identificou-se que havia automóvel convencional a serviço dos dois CAPS para realização de visitas domiciliares e de questões burocráticas, assim como cada CAPS contava com os serviços de um veículo para transporte de usuários assistidos e inseridos na modalidade de atendimento intensivo.

A irregularidade na prestação de serviços está relacionada ao fato de que os veículos são cedidos pela secretaria da saúde, no período noturno e nos finais de semana para

o Juizado da Infância e da Adolescência, assim como para as unidades de saúde dos distritos. Desta maneira, costumeiramente, surgem problemas mecânicos que demandam a necessidade de recolhimento dos automóveis para a oficina.

Este fato repercute no projeto terapêutico dos usuários, pois muitos dependem do transporte para participarem de atividades previstas em respectivos planos de cuidados. Havia também repercussões no nível de motivação da equipe, pois trabalhadores da saúde se queixavam que em muitos casos de usuários discutidos e analisados nas reuniões, em que eram realizados encaminhamentos envolvendo os projetos terapêuticos, a situação como a supracitada interfere diretamente na adesão destes ao tratamento, prejudicando a assistência.

Outro desdobramento negativo causado devido ao uso do transporte do CAPS pelo Juizado da Infância e da Adolescência é que está se formando no imaginário de uma parcela da população que o CAPS está sendo associado ao poder de polícia. Assim, em alguns episódios, trabalhadores da saúde desse dispositivo que estavam realizando visita domiciliar foram ameaçados e convidados a se retirarem dos bairros por indivíduos de algumas comunidades, fato ameaçador para a integridade física e segurança da equipe de saúde mental.

Nos comentários precedidos nos campos da atenção domiciliar e psicossocial, constatou-se que de fato as famílias encontravam-se distantes do olhar e do cuidado prioritário da equipe de saúde mental dos dispositivos da RAISM. Eram atendidas predominantemente no momento da assistência realizada aos familiares com transtornos mentais.

Observou-se que as visitas domiciliares eram direcionadas para os familiares com transtornos mentais, os quais, em virtude do comprometimento ou do quadro mental ou situação física, encontravam-se impossibilitados de receberem atendimento nos dispositivos da RAISM. Nestas atividades, havia predominância da terapêutica medicamentosa, de procedimentos de exames, de prescrição de receitas e observância acerca da sintomatologia apresentada. Não se identificaram ações que objetivassem estimular as famílias a participarem ativamente do projeto terapêutico dos familiares, nem direcionadas prioritariamente para cuidar dos cuidadores.

Dessa maneira, indaga-se: por que as famílias ocupam um papel secundário nos dispositivos de atenção em saúde mental da rede de Sobral? Por que a atenção dispensada a elas é periférica? Por que não se estimula o protagonismo e a autonomia das famílias?

As famílias cuidadoras precisam ser tomadas como prioritárias na atenção em saúde mental. O cuidado deve ser operado de maneira a valorizar os saberes, as experiências e as práticas das famílias, estas precisam ser estimuladas a serem protagonistas e não coadjuvantes obedientes na produção do cuidado. A realização de grupos e atividades como visitas domiciliares podem contribuir de maneira valiosa nesse contexto.

As narrativas oriundas dos grupos focais colocaram em evidência a realização do apoio matricial em saúde mental, estratégia de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

[...] (...) é atendido no posto de saúde pelo psiquiatra do CAPS e pela equipe do PSF. Antes (...) era atendido no CAPS, mas agora as consultas acontecem no posto de saúde do meu bairro e eu acho é bom, é perto da casa da gente [...]. No momento da consulta, os doutores ficam vendo tanto a parte mental, como os exames de sangue, a parte da diabetes, da pressão alta, é assim um atendimento mais completo de tudo [...], eles fazem perguntas para nós, ouvem a gente, dão esclarecimento, explicam como devemos seguir o tratamento, está dando certo dessa maneira [...]. A gente está se dando bem com esse tipo de assistência, (...) fica é feliz quando é atendido e fica arrodado por um monte de doutores no posto de saúde. [...]. É um atendimento muito bom porque junta os profissionais do posto de saúde e do CAPS para procurar fazer o melhor para o paciente e para as famílias, faz muitos anos que (...) não precisa de internação [...], (...) vai também toda semana para o CAPS para as atividades de grupo que gosta muito [...].

A proposta do apoio matricial foi formulada por Campos (1999) e possibilita alterações na tradicional noção de referência e contrarreferência características nos sistemas de saúde, objetivando assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde, com objetivo de ampliar a potência de resolubilidade das ações de saúde.

Essa proposta integradora tem por objetivo transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. As ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais podem atenuar os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional. Assim, na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência (representada pelos trabalhadores da ESF) e equipe de apoio matricial (da saúde mental) (BRASIL, 2011).

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. O apoio matricial procura construir e ativar

espaços para comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Implica sempre a construção de projeto terapêutico integrado, trata-se de discussão de caso, em que, após avaliação de risco e vulnerabilidade compartilhada, são acordadas as responsabilidades a cargo de diversos membros da equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Ao longo do tempo e gradativamente, os trabalhadores da equipe de referência tornam-se mais capazes de resolver problemas que anteriormente consideravam difíceis. Com a resolução máxima de problemas na região, evita-se o encaminhamento irresponsável dos profissionais, dando continuidade ao cuidado e, fundamentalmente, aumentando o grau de singularização da relação equipe/usuário (DELFINI *et al.*, 2009).

O desenvolvimento de ações de saúde mental na APS deve ser traduzido como imprescindível, tendo em vista que um dos principais objetivos a serem alcançados refere-se à integralidade do cuidado. A percepção desta, segundo ressaltam Fialho e Jorge (2011), deve ampliar o sentido de articulação entre os diferentes níveis do sistema, torna-se imperativo o reconhecimento da inclusão da subjetividade dos trabalhadores e dos usuários assistidos no cuidado ofertado.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (2004b, p. 80) vem preconizando sobre a importância da incorporação do apoio matricial de saúde mental na APS e o define como:

Um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

Além de proporcionar a retaguarda especializada da assistência, o matriciamento deve oferecer suporte técnico-pedagógico, vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no papel de serviço especializado, não estaria desresponsabilizando-se de sua demanda, mas passando a atuar em uma outra perspectiva, a de descentralizar esse cuidado, levando-o para mais perto do território e do usuário. Os profissionais desse serviço estariam orientando e construindo, juntamente com os

profissionais da atenção básica, novo modelo de atenção, em que o maior beneficiado seria o próprio usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

No concernente ao matriciamento em saúde mental na APS na cidade de Sobral, os estudos de Tófoli e Fortes (2007) favorecem o entendimento de como ocorreu o início da trajetória de organização dessa estratégia no município.

As observações no campo da atenção psicossocial possibilitaram a apreensão de que o desenho do apoio matricial em saúde mental, nos dias atuais, está sendo organizado na APS da seguinte maneira: membros da equipe da RAISM realizam o matriciamento às diferentes equipes da APS, mediante a programação de carga horária para encontros quinzenais e mensais, e outras formas de contato caso surjam intercorrências ou demandas inesperadas.

Os encontros acontecem periodicamente e há recomendação por parte dos trabalhadores da RAISM para que a equipe de referência da ESF selecione casos de maior complexidade. As visitas são pré-agendadas, o que significa que as equipes das unidades de saúde podem se organizar com antecedência para participarem do apoio matricial. Este acontece mediante o atendimento conjunto de casos, estudos de caso, discussão de temas clínicos e, quando necessário, visita domiciliar.

O matriciamento em saúde mental acontece em todos os centros de saúde situados na sede e nos distritos e a periodicidade de realização está norteadas principalmente pela complexidade do perfil de usuários e singularidade de cada território. Em algumas unidades de saúde, há presença de estudantes de medicina e das residências multiprofissional em saúde da família e de psiquiatria, assim como de profissionais do NASF na atividade de apoio matricial.

Aspecto também importante é que trabalhadores dos CAPS, os quais estão colaborando com a ESF para tomar decisões de fluxo também atuam em outros dispositivos da RAISM, isto favorece visão ampliada do sistema.

Recentemente, trabalhadores da RAISM de diferentes categorias profissionais foram incorporados à prática de matriciamento. Entretanto, percebe-se que não há clareza do papel a ser desempenhado pelas diferentes categorias profissionais, pois os atendimentos são

ainda centrados na figura do médico e nos procedimentos de terapêutica farmacológica e avaliação do quadro sintomatológico.

Os achados desta pesquisa são corroborados por investigação desenvolvida por Fialho e Jorge (2011), em que se apreendeu a predominância do paradigma cartesiano, sendo que os aspectos biológicos e farmacológicos sobressaíram-se sobre os demais, diminuindo a potência para a construção de relações mais horizontalizadas entre os saberes. Acrescenta-se que o envolvimento dos demais trabalhadores, dos gestores e do controle social mostrou-se incipiente, fragilizando a consolidação do processo.

Pesquisa desenvolvida por Munari *et al.* (2008) evidenciou que no âmbito da atenção prestada na APS, é patente o despreparo e desmotivação dos trabalhadores da saúde para produzir ações centradas na atenção às relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento, na autonomia do usuário no cuidado de si. O estudo mostrou que ações são focadas no atendimento individual, no tratamento medicamentoso e em procedimentos que são próprios dos profissionais, como as consultas, as visitas domiciliares, a aplicação de vacinas ou os curativos.

O medicamento é visto como a principal prática terapêutica na rede pública de saúde, sendo muitas vezes considerado o único recurso disponível para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado, tornando os usuários dependentes. Deixa-se de ter visão ampla dos problemas e de seus determinantes, resultando em uma crença generalizada de que não parece ser possível enfrentar os problemas de saúde sem a presença do arsenal terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial. Com isso, o medicamento passa a estar vinculado ao bem-estar ou mesmo à felicidade (DIMENSTEIN *et al.*, 2009).

No que concerne ao matriciamento de saúde mental na APS em Sobral, não há dúvida de que vem apresentando contribuições para integrar as equipes da RAISM e da ESF, proporcionando melhorias nos fluxos de atenção, fortalecendo os vínculos desses trabalhadores, bem como se apresenta como importante instrumento de suporte assistencial e técnico pedagógico.

Entretanto, pelas constatações no campo da atenção psicossocial, reconheceram-se dificuldades e desafios importantes a serem superados para que o matriciamento funcionasse consoante à sua essência de idealização. Predominância do modelo biológico, resistências de profissionais da ESF em lidar com questões relacionadas à saúde mental, às quais estão

ancoradas no medo, preconceito, estigma, crenças enraizadas, rotatividade de profissionais das equipes da ESF, carga horária reduzida do profissional médico em algumas unidades de saúde da família, cristalização de cargos de gerência de unidades de saúde, em que se percebe que muitos gerentes encontram-se distanciados da proposta do apoio matricial, são alguns dos fatores que interferem na efetividade dessa modalidade de atenção em saúde mental.

Acrescenta-se que muitos trabalhadores da ESF alegavam a necessidade de abrangerem muitos programas: saúde da criança, saúde do idoso, dentre outros, tornando-se complicado realizar acompanhamento dos casos de saúde mental. Outros argumentavam a necessidade de maior qualificação e instrumentalização teórico prática para lidar com as questões relacionadas à saúde mental.

Pesquisa realizada por Morais e Tanaka (2012) demonstra que a APS lida com dificuldades para manter a atenção dos casos de saúde mental. Constatou-se que os usuários recebiam o atendimento de forma pontual nos dias dos encontros com o matriciamento, identificando-se a fragilidade do acesso e o comprometimento da integralidade na atenção aos casos de saúde mental. Assim, o apoio matricial tendia a constituir-se em mais uma atividade especializada nessa esfera de atenção.

Investigação desenvolvida por Waidman *et al.* (2012) revelou que os enfermeiros apresentavam dificuldades em lidar com o usuário com transtorno mental. Alegavam não se sentirem aptos, pelo despreparo no que se refere a cursos de capacitação e treinamento, ou até pela ausência ou deficiência deste conteúdo em sua formação. Alguns referiram não estar habilitados para tratar destes usuários, sentindo-se desconfortáveis no atendimento dos mesmos. Suas atividades restringiam-se àquelas preconizadas pelo serviço, não sendo elaboradas atividades de promoção à saúde que incluíssem as famílias na assistência ao familiar com transtorno mental.

No imaginário em saúde, Cunha (2005) adverte que acolher e ouvir, muitas vezes, não se caracterizam como cuidado em saúde. Assim, as equipes sentem-se como se não tivessem feito nada por aquele usuário, porque “apenas” o acolheram, não evidenciando sua ação como ato de saúde. O pressuposto dos profissionais, até mesmo pela formação hospitalocêntrica, é de que a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia.

Achados dessa pesquisa foram corroborados pela investigação feita por SOUSA *et al.* (2011), em que se detectou que os trabalhadores da saúde da APS apresentavam dificuldades para compreender que a atenção em saúde mental transversaliza todas as práticas de saúde, as quais integram as ações programáticas desenvolvidas nesse âmbito de atenção.

As referidas dificuldades podem estar relacionadas, segundo Sousa *et al.* (2011) à compreensão de cada trabalhador acerca da organização da rede hierarquizada de serviços, que se estrutura a partir das normatizações do SUS. E, assim, ao tomarem como fonte os estudos de Franco (2006) esclarecem que o próprio PSF nasce de uma normativa e opera sob a lógica das ações programáticas, com foco no procedimento, e que impõe fortes amarras ao trabalhador.

Fato interessante identificado nas observações no campo da atenção psicossocial desta pesquisa é que os mencionados trabalhadores da APS não percebiam que já realizavam ações de saúde mental, pois no momento em que atendiam a crianças, idosos ou gestantes, ações de saúde mental estavam inerentes ao cuidado prestado, pois a saúde mental transversaliza os níveis de atenção, quer a equipe tenha ou não consciência dessa realidade. Obviamente que se faz necessário valorizar e intensificar a utilização das tecnologias leves no cuidado cotidiano operado no âmbito da APS e contribuir para que os trabalhadores desse nível de atenção desenvolvam ações de saúde mental de maneira segura e competente.

Observou-se, também, que os usuários com transtornos mentais assistidos no matriciamento em saúde mental precisam ser estimulados a adotarem condutas mais ativas diante dos trabalhadores da saúde, nesta modalidade de atendimento, incluindo-se, também, a necessidade de promover o protagonismo das famílias nos projetos terapêuticos elaborados.

Percebeu-se, ainda, que a saúde mental é concebida por muitos trabalhadores da APS como sinônimo de doença mental, fato que precisa ser desmistificado nas atividades de matriciamento. Neste sentido, Amarante (2007) elucida que saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia, ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Precisa-se considerar que saúde mental se configura um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde bastante complexo, plural, intersetorial caracterizado pela transversalidade de saberes.

Ademais, a mencionada área é bastante polissêmica e plural, na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que do mesmo modo, são

condições extremamente complexas. Qualquer natureza de categorização é seguida do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2007).

No que concerne à necessidade de instrumentalização teórico prática referida pelos trabalhadores da APS, compreende-se que muitos deles ainda não conseguem perceber que o matriciamento em saúde mental se configura como estratégia que contempla a atenção especializada, como também a dimensão pedagógica, configurando-se como oportunidade fértil para o compartilhamento de saberes e práticas, propiciando, desta maneira, a apropriação de conhecimentos.

Pesquisa realizada por Lucchese *et al.* (2009) revela que os trabalhadores da saúde da ESF não realizam as ações de saúde mental de maneira sistemática e planejada. As ações são feitas informalmente no ato do contato com a pessoa em sofrimento psíquico, conforme se apresenta no serviço. Não há planejamento para identificação e descrição dessa demanda, de organização do trabalho para atendimento em grupos ou desenvolvimento de estratégias de atenção ao usuário.

Bezerra e Dimenstein (2008) acrescentam que, se por um lado, o CAPS ocupa lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, houve investimentos incipientes para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações tecnoassistenciais. Entretanto, essa dicotomia traz desdobramentos importantes tanto para a configuração do SUS, enquanto sistema unificado e integral, como para a eficácia da rede básica e dos serviços substitutivos, dada a necessidade de estabelecer articulações necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental.

As observações no campo da atenção psicossocial nesta pesquisa, entretanto, propiciaram a identificação de uma diversidade de formas de realização do apoio matricial, sendo que algumas delas apresentam-se descaracterizadas da proposta inicial, assumindo caráter ambulatorial, o que resulta na perda de propósito essencial.

Isso implica na necessidade da equipe matriciadora reavaliar constantemente as práticas de matriciamento que estão desenvolvendo no âmbito da APS, para que estas sejam operadas de forma congruente aos propósitos imbricados na mesma. Neste sentido, recomenda-se explorar a atividade de apoio clínico-institucional às equipes matriciadoras, como ferramenta potente para qualificar esse cuidado característico da atenção psicossocial.

Há, também, outros fatores que devem ser considerados e que podem contribuir sobremaneira para a qualificação desse cuidado em saúde mental, como realização de seminários e encontros semestrais com os trabalhadores da APS, do NASF, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da RAISM; formação em matriciamento de saúde mental para os trabalhadores da ESF, do NASF, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e RAISM; desenvolvimento de estratégias, visando estimular envolvimento, participação e protagonismo dos trabalhadores que atuam na ESF no respeitante à proposta de apoio matricial, para que tenham condições de desenvolver ações relacionadas aos novos saberes e práticas; estímulo ao protagonismo dos usuários assistidos. Acrescenta-se, também, a priorização da referida temática nos programas de: formação, residências e especializações.

Acredita-se que os aspectos supracitados potencializarão e fortalecerão a prática do matriciamento em saúde mental na APS, para que ele opere de fato na dimensão da educação permanente, no modelo da clínica ampliada, com a construção de projetos terapêuticos singulares e ampliados, com a superação de práticas que resultem na psiquiatrização e medicamentação de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, bem como contribuindo de maneira consubstancial para ampliação do campo de atuação da equipe generalista e desmistificação do papel do especialista.

Subtema 4 - Medicamentação e suas contradições, cultura e conflitos nos modelos de atenção psicossocial

Pelas narrativas das famílias, percebeu-se a valorização e predominância da terapêutica medicamentosa no tratamento dos familiares com transtornos mentais. Detectou-se dessa maneira o poder e a cultura da medicamentação, bastante introjetados no imaginário dos cuidadores.

[...] Eu tenho muita fé nos remédios para gente dessa qualidade com doença mental. Os medicamentos são fundamentais, a doença mental é muito pesada [...], se não fosse o remédio, não tinha condição de conviver com uma pessoa com problema mental [...], eu fico com um cuidado grande para o remédio não se acabar, sempre me antecipo e vou atrás de uma receita, o remédio não pode acabar de jeito nenhum [...]. Eu até gosto quando o remédio é aumentado, (...) dorme bem que ronca [...]. Eu fico prestando atenção quando vai chegar o dia da injeção. A equipe do CAPS todo mês vem na minha casa aplicar a injeção e foi graças a esta injeção que (...) teve uma mudança no comportamento para melhor [...], essa injeção é tudo, é o que segura mais e deixa (...) mais tranquilo. A minha felicidade é quando a equipe do CAPS vem fazer atendimento na minha casa e traz a injeção para aplicar porque (...) precisa [...].

Os psicofármacos, segundo Saraceno (1993), devem ser vistos como parte integrante do arsenal terapêutico para o tratamento da doença mental e não como única alternativa possível, sendo enfatizado por Jorge *et al.* (2006) que é inegável a importância da terapia farmacológica no tratamento do transtorno mental, e seria utopia pensar a desinstitucionalização antes do advento da psicofarmacologia. Esse recurso, no entanto, não deve ser utilizado de forma isolada, mas precisa estar associado às alternativas de tratamento disponíveis à pessoa com transtorno mental, que lhe permitam se expressar e conquistar o maior nível de autonomia possível, visto que a falta de atividade influencia de maneira negativa na melhora do estado de saúde e comportamento.

Inegavelmente, os medicamentos configuram-se recursos de relevância para aliviar o sofrimento humano, pois contribuem para melhorar a qualidade de vida. Entretanto, podem ser utilizados de maneira adequada ou inadequada, e de acordo com o manejo adotado, podem acarretar resultados iatrogênicos.

Na ótica de Jorge *et al.* (2003), os medicamentos são considerados bens indiscutíveis no tratamento das doenças. Quando devidamente utilizados, são capazes de interromper o ciclo de doença ou minimizar o sofrimento do ser humano. Nem sempre, porém, são utilizados os mais indicados ou na forma mais apropriada. Quando tal ocorre, podem se configurar mais como problema de saúde pública do que como uma solução.

Saraceno (1993) destaca que a área da saúde mental pode estar ainda mais submetida a este tipo de uso considerado “irracional”, já que os medicamentos utilizados têm atividade essencialmente sintomática. Em relação a esse aspecto, Jorge *et al.* (2003, p.104) assim se pronunciam:

Não há um emprego relacionado diretamente ao diagnóstico estabelecido, até porque esse processo isoladamente não identifica a etiologia da doença, sendo principalmente sindrômico. Os psicofármacos, como quaisquer outros medicamentos, podem ser responsáveis por malefícios à saúde quando utilizados de forma inadequada.

As narrativas dos cuidadores revelaram o poder da medicamentação, arraigada na cultura vigente e que desafia os diferentes momentos históricos vivenciados, mantendo-se em uma posição de soberania, sendo retroalimentada por um sistema que acaba colidindo com a complexidade inerente ao processo saúde versus doença e as dimensões psicossociais imbricadas.

Medicamentalização significa também evidenciar o processo de medicalização social, fenômeno estudado por diversos estudiosos, dentre estes se destacam-se: Foucault (2008); Illich (1981); Angell (2007); Hacking (2000); Tesser (2006); Amarante e Torre (2010); Tesser (2010). Estes oferecem contribuições importantes que possibilitam reflexões, discussões em busca da melhor compreensão e apropriação desse fenômeno.

No concernente à medicalização social, Tesser (2010) refere ser movimento complexo que apresenta múltiplos aspectos, englobando fatores do cotidiano e questões históricas, epistemológicas, filosóficas, políticas, culturais e sociológicas abstratas.

As contribuições de Illich (1981), evidenciadas por Tesser (2010), denunciam problemas e transformações de cunho social e cultural que a medicalização da vida e da sociedade alimenta, acarretando sérias e tristes consequências vitais, sociais, culturais e políticas. Além disso, Illich (1975) enfatiza o fato de que quando as pessoas perdem o potencial, a competência e a segurança culturais para enfrentar de maneira individual e microsocial, uma parcela considerável de frustrações, sofrimentos, adoecimentos relativamente passageiros, crônicos ou recorrentes, fases e crises da vida, em determinada medida se tornam mais pobres em saúde, mais dependentes de especialistas e menos livres.

Tesser (2010) evidencia diferentes facetas da medicalização social, dentre estas, destaca-se: a desvalorização da competência cultural e da importância social das ações autônomas e comunitárias, pois estas tendem a ser alvo de combates e condenações em virtude da tendência de serem consideradas exercícios ilegais de algumas profissões ou credices e práticas supersticiosas e ou perigosas. Acrescenta-se a multiplicação de profissões e as especialidades no cerne das profissões, havendo proliferação de núcleos profissionais especializados.

No contexto da globalização econômica e da capilarização social da lógica do mercado no cuidado à saúde, a medicalização social, consoante Tesser (2010), não afeta somente a conjuntura das ações autônomas ou comunitárias, empobrecendo-as e desvalorizando-as. Engloba uma série de transformações que interferem na relação entre os campos e núcleos de cuidado de cada profissão, assim como na construção dos limites entre cada um deles entre si e com as profissões vizinhas e parceiras, derivadas da luta pela manutenção das posições no campo.

No cenário das ações profissionais, detecta-se que no processo de medicalização há tendência contínua de mais clara definição e enrijecimento das fronteiras entre as profissões, bem como a decantada tecnização e cientificização do saber e das práticas e técnicas. Situação compatível com a sua transformação em procedimentos, que na lógica do mercado, transformam-se em serviços ou procedimentos a serem comercializados, com resfriamento humano das relações de cura e com nefastas implicações éticas oriundas da perda do horizonte da integralidade do sujeito, da fragmentação indefinida do cuidado, da reificação e fetichização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos etc., com consequente aumento da iatrogenia e insatisfação dos usuários (TESSER, 2010).

Tesser (2010) adverte ainda para a necessidade de se compreender a medicalização social e a construção de bases para a criação e recriação de práticas menos medicalizadoras. Nesse sentido, afirma que o processo de medicalização social clama por um movimento social e político, profissional e ético, de contenção e redirecionamento dele mesmo. Um desafio para profissionais da saúde em geral, e particularmente para os que trabalham no serviço público, e também para os gestores do SUS, cujo trabalho configura o ambiente e o contexto no qual os profissionais operam.

Amarante e Torre (2010), inspirados pelas ideias de Angell (2007) e Hacking (2000), estudam por outro lado, os aspectos mais diretamente relacionados à questão da medicalização e da produção de doenças, no sentido da determinação social dos transtornos mentais, em que há a participação da indústria de medicamentos nesse contexto. Assim, eles provocam reflexões bastante pertinentes correlacionadas ao processo de medicalização social.

O fato de muitas pessoas se encontrarem com alguma forma de sofrimento ou de mal-estar social, por sentirem-se rechaçadas, rejeitadas, inoportunas e tantas outras possibilidades, segundo Amarante e Torre (2010) levam-nas a identificarem-se com determinados diagnósticos na medida em que, no momento em que passam a ser consideradas doentes, deixam de ser culpadas por suas características, as quais consideram que incomodam os demais. Acrescenta-se que outras situações de angústia, insatisfações, tristeza, entre outras, podem ser facilmente medicalizáveis.

No que tange à pesquisa, Amarante e Torre (2010) argumentam que muitas universidades públicas realizam pesquisas com financiamentos da indústria farmacêutica. Alguns dos protocolos não têm qualquer transparência. Existem situações nas quais os

resultados das pesquisas são entregues à indústria financiadora, que exerce poder de censura na divulgação destes. Assim, os autores questionam acerca destas e de diferentes implicações éticas envolvidas nesse contexto.

Amarante e Torre (2010) apontam, ainda, os anúncios produzidos pela OMS como o de que em 2020 existirão milhões de pessoas com depressão no mundo. E indagam se o mencionado órgão não estaria contribuindo na verdade para a construção desse cenário.

É fato questionável também por Amarante e Torre (2010) a divulgação de uma pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria em parceria com o Ibope, em que há a divulgação de que há 5 milhões de crianças com sintomas de transtornos mentais. E, assim, os citados autores realizam algumas reflexões concernentes aos seguintes aspectos: contribuição da referida associação no processo de medicalização da infância, a análise da metodologia empregada, ao apoio financeiro dado pela indústria farmacêutica, considerando-se que a citada Associação já recebe expressivo apoio financeiro para realização de congressos e publicações, às questões éticas implicadas em uma pesquisa científica que deve passar pelo crivo de comitês de ética e o porquê do não envolvimento de Universidades. Os estudiosos ressaltam ainda que o Brasil é um dos países onde ocorre a maior medicalização da infância em todo o mundo.

Pesquisa realizada por Cavalcante *et al.* (2011) demonstrou que a terapêutica medicamentosa apareceu como tema central do cuidado prestado às crianças assistidas em CAPS e na atividade de apoio matricial na ESF. Segundo os autores, o uso da farmacologia se mostra indispensável em muitos casos, porém o cuidado em saúde mental não deve permanecer restrito a uma mera prescrição de psicotrópicos.

Dessa forma, a concepção de cuidado em saúde supera a lógica pontual e casuística da intervenção farmacoterápica por si. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para compreensão da saúde como direito do ser humano (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Do mesmo modo, Lacerda e Valla (2006) defendem que a compreensão do sofrimento e adoecimento implica no processo saúde-doença, transcendendo as causas orgânicas, incluindo a relação do sujeito com o seu cotidiano como aspecto determinante também das condições gerais de saúde.

As observações no campo da atenção psicossocial desta pesquisa permitiram detectar que os medicamentos cumprem papel de importância para as famílias cuidadoras. Pois, atuam diretamente nos comportamentos dos familiares com transtornos mentais, deixando-os mais tranquilos e controlados, fato que repercute diretamente na convivência em âmbito domiciliar e comunitário.

As narrativas das famílias refletem a cultura de medicalização bastante presente na contemporaneidade. Manter a hegemonia da medicalização significa continuar sustentando as subjetividades envolvidas em lugares aprisionados, tornando o cuidado empobrecido, enrijecido e normatizado.

Os trabalhadores da saúde necessitam refletir permanentemente sobre as próprias práticas, realizar o exercício de experimentação de novas formas de pensar, bem como adotar diferentes posturas, com vistas a contribuir com o processo de transição cultural da medicalização vigente na atualidade.

A atenção em saúde mental, ancorada nos moldes da atenção psicossocial, deve considerar a terapêutica medicamentosa como aspecto constitutivo do projeto terapêutico dos usuários assistidos. Deve incorporar, essencialmente, as dimensões subjetivas, sociais e culturais.

O ato de cuidar em saúde mental deve incorporar necessariamente a subjetividade dos usuários assistidos, e estes devem ser compreendidos de maneira global. Os trabalhadores da saúde da RAISM precisam sair dos dispositivos de saúde mental e conhecer como vivem as pessoas com adoecimento mental e suas famílias em seus contextos reais de vida. Faz-se necessário compreender como eles se relacionam com as demais pessoas em seu seio comunitário.

Tema 3 – A crise como geradora de conflitos e medo para o cuidado em saúde mental na perspectiva do cuidador

O cuidado em situação de crise produz medo nas famílias cuidadoras, configurando-se como fonte de tensões, aflições e receios quanto a comportamentos que possam a ser manifestados pelos familiares com transtornos mentais. Acrescenta-se que os cuidadores sentiam-se constrangidos em relação aos vizinhos das comunidades onde moravam, devido ao quadro sintomatológico e comportamental apresentado pelos familiares.

[...] Quando (...) fica em crise, a gente fica com medo porque você sabe que pessoas desse jeito ninguém confia [...]. Quando o paciente dá uma crise mental é muito ruim, ruim para ele e para as famílias porque muitas vezes (...) fica agressivo, agitado, fazendo coisas sem sentido, dá um medo, uma aflição no coração [...]. E as famílias sofrem só em ver a pessoa naquela arrumação, naquela situação triste da crise. Só quem tem gente com doença mental na família sabe da dor e do sofrimento [...]. Da última vez que (...) teve crise foi um vexame grande na vizinhança porque (...) saiu correndo atrás de pessoas que estavam olhando. É uma situação que a gente fica sem graça, com vergonha dos vizinhos e ao mesmo tempo com cuidado para não acontecer nada de ruim para (...). [...] o que eu queria é que quando (...) tivesse numa crise, na hora que a gente fosse no CAPS, eles encaminhassem logo para o hospital. Na hora mesmo de (...) enlouquecer, o CAPS mandasse urgente uma pessoa para pegar e hospitalizar [...].

Pelas narrativas, observa-se que ao perderem o controle do comportamento do familiar com transtorno mental, os cuidadores vivenciam uma situação de desequilíbrio, tensão e medo. Os sintomas manifestados desestabilizam emocionalmente os cuidadores e a dinâmica do grupo familiar. A situação de instabilidade produzida pela crise revela a dramaticidade e as dificuldades que as famílias enfrentam ao lidar com os familiares nessa condição.

Percebeu-se pelas narrativas que nas situações de crises psicóticas vivenciadas, as famílias não recorriam às buscas pela cura espiritual, procuram de imediato os serviços de saúde responsáveis em acolher os usuários com transtornos mentais nessa condição. Isto evidenciou que os cuidadores demonstravam confiança e reconheciam a importância e a função desempenhada pelos referidos dispositivos de assistência da RAISM.

Importante mencionar que não se tem a intenção de desqualificar as buscas por soluções de cura para as situações de crises. Estas precisam ser respeitadas e valorizadas pelos trabalhadores de saúde, pois integram o universo de crenças, valores, manifestações culturais e religiosas dos cuidadores. No entanto, nessas situações de crise que envolvem situações de considerável complexidade, torna-se imperativo que os usuários sejam assistidos em primeira instância por equipes de saúde e serviços especializados.

Nesse sentido, Sampaio e Barroso (1997b) argumentam que o clínico que atende a uma pessoa em crise psicótica, por exemplo, seja em hospital geral, em atenção domiciliar ou no ambulatório especializado, deve considerar e valorizar os saberes das famílias, no que tange à concepção destas como melhora ou não dos sintomas do cliente. Os cuidadores, como observadores privilegiados, sabem informar o momento em que a pessoa permite a convivência, continuando seu acompanhamento em âmbito ambulatorial ou domiciliar. Devem-se considerar as concepções acerca de melhora, piora, de cura e reabilitação,

respeitando-se os valores, as significações, o universo socioeconômico e cultural das famílias e familiares com transtornos mentais.

Estudiosos apontam as dificuldades enfrentadas e as repercussões da crise psicótica para as famílias cuidadoras. Para ilustrar esse fato, cita-se a pesquisa realizada por Carvalho (2006), a qual demonstrou que a crise psicótica afeta a pessoa com transtorno mental e sua família, ocasionando sofrimento decorrente da doença mental, como também ônus financeiro, desemprego, perda de autonomia da pessoa, alterações no relacionamento familiar. Constatou-se, também, que a procura pelos serviços médicos é a primeira providência tomada.

Os estudos de Colvero *et al.* (2004) revelaram que as famílias inicialmente verbalizam o impacto e a representação da doença mental em suas vidas, destacando-se em especial os momentos de crise, bem como os reflexos destes no grupo familiar.

Os resultados de investigação realizada por Navarini e Hirdes (2008) apontaram as dificuldades de manejo da família em situações de crise. A presença de um familiar com transtorno mental provoca outras necessidades antes não manifestadas no grupo familiar. Nos momentos estressantes em que acontecem as crises, muitas vezes os cuidadores não sabem o que fazer e quando tentam ajudar de alguma maneira, o fazem de forma empírica.

Segundo a estudiosa Rosa (2003), quase todas as famílias estudadas em uma investigação procedida por ela relataram algum episódio de agressividade, principalmente em episódios de surto. Nestes momentos, as famílias ficam apreensivas e a relação delas com o enfermo psicótico apresenta a tendência de se tornar mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo.

Com a agudização da sintomatologia clínica, a família vivencia processo de intenso sofrimento e, por vezes, de desespero, agravados pelas dificuldades que surgem no transcorrer dessa trajetória como consequência da doença, como o sentimento de impotência e adiamento de planos e expectativas referentes à vida pessoal, o que abala e afeta, profundamente, o universo familiar. Deste modo, a pessoa responsável pelo cuidado passa a organizar sua vida em torno da doença e as suas necessidades pessoais são passadas para o segundo plano (MELMAN, 1999).

Identificaram-se nesta pesquisa as dificuldades que as famílias enfrentavam no manejo de situações de crise. Não sabiam como agir, a única alternativa e saída que conseguiam vislumbrar residia na pronta internação do familiar com transtorno mental. As observações de campo da atenção domiciliar possibilitaram a constatação de que os momentos de crise eram um dos mais temidos pelas famílias cuidadoras.

Assim, torna-se essencial que as famílias recebam instrumentalização apropriada da equipe de saúde mental para lidarem com esses episódios, pois apresentam o potencial de serem manifestados no seio familiar e os cuidadores precisam lidar com a situação, não de forma empírica, mas apropriando-se de estratégias e soluções mais efetivas para os casos.

A convivência da família com o familiar com transtorno mental, consoante argumenta Romanelli (2003), nem sempre é harmoniosa. É permeada por um contexto de tensões e conflitos, pois é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Desta maneira, a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganização de suas estratégias e dinâmicas internas.

A dificuldade das famílias ao lidar com usuários em momentos de crise, conforme Barroso *et al.* (2009), requer acompanhamento intensivo por profissionais de saúde mental, apoio e orientação aos cuidadores, tais como equipes volantes e visitas em domicílio.

Pesquisa realizada por Borba *et al.* (2011) revelou que as famílias compreendem a necessidade de instrumentalizar-se, buscar conhecer a si, o transtorno mental, assim como os sintomas e as possíveis limitações impostas ao familiar que adoeceu.

Deve-se considerar que a família vive em determinado contexto e em dado momento de sua trajetória, nos quais suas potencialidades podem apresentar-se comprometidas, assim necessita ser igualmente cuidada e instrumentalizada para cuidar (ELSEN, 2002).

Faz-se necessária criação de estratégias para ajudar as famílias a compreenderem os transtornos mentais e comportamentais, mediante o estímulo a adesão à terapêutica medicamentosa, o reconhecimento dos primeiros sinais de recorrência e garantia para pronta resolução de crises. São aspectos que proporcionarão recuperação mais rápida, com capacidade de reduzir a incapacidade social e pessoal (OPAS, 2001).

As observações no campo da atenção domiciliar desvelaram que uma das principais fragilidades e dificuldades enfrentadas pelas famílias cuidadoras residem no lidar com situações de crises psicóticas de seus familiares. Estes momentos causam perplexidades, paralisações, estranhamentos, mobilizam diversos sentimentos, são permeados por uma carga emocional intensa.

Conviver permanentemente com o fantasma da recaída de um surto psicótico e estar presente em uma situação de crise de um familiar não é uma situação confortável, nem fácil de ser administrada pelas famílias. Inevitavelmente, traduz-se em um episódio produtor de angústias e sofrimento mental para àqueles responsáveis pelo cuidado.

A equipe de saúde mental da RAISM pode contribuir, de maneira valiosa, com as famílias cuidadoras, ajudando-as a analisar os fatores desencadeantes da crise psicótica, motivando-as a refletirem sobre as próprias condutas e instrumentalizando-as em como devem proceder nessas situações.

As ações podem também ser direcionadas no sentido de contribuir para o reconhecimento de sintomas e de surgimento de novos episódios. Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao vínculo das famílias e familiares com transtornos mentais com as pessoas da comunidade, estas podem oferecer importante apoio nesses momentos de crise.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO

Esta pesquisa foi elaborada com base em questionamentos acerca das experiências das famílias com familiares atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial. Em face dos objetivos, dos pressupostos e do componente crítico e interpretativo do estudo, ficou evidenciado que no universo da convivência da família com o familiar com transtorno mental na atenção psicossocial há dificuldades e facilidades expressas por um contexto caracterizado por: dependência do usuário nas atividades de autocuidado; dificuldades de adesão à terapêutica medicamentosa; usuário não cooperativo nas atividades domésticas e descuido com a aparência; assim como quadro de agressividade, baixa autonomia, ociosidade, mudanças de humor e oscilação comportamental.

Estes aspectos demandam a necessidade de adoção de uma situação de vigilância das famílias referentes à supervisão de medicamentos e comportamentos problemáticos, configurando-se como fatores complexos e desgastantes para os cuidadores.

As famílias vivenciam a condição caracterizada pelas sobrecargas objetiva e subjetiva. Considerando-se a necessidade de entrega e de doação que os cuidadores adotam em relação aos familiares com transtornos mentais, identificou-se que estes passavam a organizar o seu cotidiano e a própria vida, tendo como referencial as necessidades oriundas e manifestadas por eles. Acrescenta-se que a imersão no ambiente do adoecimento mental e as diversas atribuições assumidas pelos cuidadores causam impedimentos no sentido de que eles vislumbrem diferentes possibilidades em outras dimensões da vida.

Observou-se que a comunicação que as famílias estabeleciam com os familiares com adoecimento mental, muitas vezes, acontecia de maneira inapropriada, desencadeando comportamentos e alterações no quadro psicopatológico destes, se constituindo fontes geradoras de conflitos no âmbito domiciliar e sofrimento mental para os cuidadores.

Ainda, no que concerne à convivência com os usuários com transtornos mentais, algumas famílias vivenciavam contexto caracterizado por facilidades na convivência. Estas referiram que não enfrentavam dificuldades e não se sentiam sobrecarregadas pelo fato de serem as cuidadoras de familiares com transtornos mentais. Isto demonstrou que a convivência poderia acontecer de maneira harmoniosa, não significando necessariamente sofrimento, fardos e perdas.

Detectou-se que as famílias contavam com orçamento financeiro limitado, fator este que induzia a necessidade de realização de controles para com as necessidades domésticas e de tratamento, trazendo dificuldades na esfera da convivência. Muitos usuários se encontravam em condição de improdutividade em decorrência do transtorno mental do qual foram acometidos. Adiciona-se, também, o fato de alguns se depararem com dificuldades de inserção no mercado de trabalho e de uma parcela não receber renda, benefício assistencial ou aposentadoria.

As famílias cuidadoras denunciaram um processo de exclusão social, permeado pelo preconceito, estigma, desrespeito, pela exclusão do mercado de trabalho dos familiares com transtornos mentais, configurando-se em aspecto dificultador.

As narrativas evidenciaram que a maioria das famílias tinha a mulher como a responsável pelo cuidado. Os cuidadores estavam mergulhados em um cenário caracterizado pela carência de suporte familiar no cuidado, além de terem de assumir diversificação de responsabilidades no ambiente doméstico. A situação tende a permanecer agravada pelo fato de eles e os familiares com transtornos mentais apresentarem problemas clínicos de saúde. Estes aspectos contribuem para o quadro de sobrecargas vivenciadas pelas famílias.

As famílias encontravam-se reféns de um quadro de intensa angústia e de sofrimento mental, frutos das incertezas relativas aos futuros dos familiares com transtornos mentais, em face de uma situação de falecimento dos cuidadores.

Verificou-se a existência de uma relação de confiança das famílias cuidadoras com a equipe de saúde mental e o reconhecimento dos cuidadores pelo trabalho prestado. O cuidado era também entendido pelas famílias cuidadoras como da responsabilidade delas e dos serviços de saúde.

No que concerne às estratégias de cuidado para promoção da saúde mental, empoderamento e condições de vida dos usuários e cuidadores, as famílias mencionaram a realização de tratamento no CAPS, nas unidades de saúde e nos hospitais; suprimento às necessidades de alimentação; não ingestão de bebidas alcólicas; cuidados com a higiene pessoal; incentivo à realização de caminhada; melhores condições de conforto; empenhos visando aquisição de aposentadoria.

No respeitante às ações desenvolvidas pelos cuidadores, com vistas a melhorias em suas próprias condições de vida, evidenciou-se a realização de tratamento nos serviços de atenção primária e terciária, e principalmente a valorização da espiritualidade. Esta exerce papel importante na vida deles e é entendida como aspecto fundamental que contribui para aliviar as angústias, os sofrimentos e o enfrentamento de reveses, intempéries e adversidades vivenciadas no cotidiano.

As famílias cuidadoras reconheceram que o tratamento em saúde mental nos dias atuais, operado no município é de qualidade, entretanto, explicitaram o desejo pela internação dos familiares com transtornos mentais em hospital psiquiátrico. Argumentaram, entretanto, que a internação dos familiares nesta instituição somente deve acontecer mediante a não adoção de práticas de maus tratos. Argumentaram que a permanência do familiar em instituição psiquiátrica em períodos de longa data possibilita mais “sossego” para os cuidadores, este fato deve ser compreendido à luz das dificuldades vivenciadas na convivência com as pessoas com transtornos mentais.

Por outro lado, outras famílias também alegaram que a atenção desenvolvida em hospital psiquiátrico assume significação de negligência, maus-tratos praticados aos familiares com transtornos mentais, encarado como produtor de sofrimento para os cuidadores.

Identificou-se situação de submissão das famílias em relação aos saberes médicos e científicos. Percebeu-se que as famílias encontravam-se capturadas por um processo de alienação, em que elas não se percebiam como atores protagonistas, dotados de experiências, conhecimentos, saberes e práticas com capacidade também de oferecer contribuições importantes no cuidado em saúde mental.

A situação explicitada pode ser compreendida, considerando-se que as famílias vivenciaram a assistência desenvolvida em hospital psiquiátrico, ao processo mais complexo de medicalização social que dentre outros desdobramentos, privilegia, cultua, retroalimenta e propaga o saber técnico, desvalorizando o saber cultural e popular, assim como a incipiência de iniciativas voltadas para o estímulo ao protagonismo das famílias.

No tocante ao fluxo de atenção dos familiares com transtornos mentais e das famílias cuidadoras na rede de serviços de saúde, constatou-se que o itinerário das famílias cuidadoras estava fundamentalmente circunscrito em um processo rígido de cuidar, cenário

caracterizado pela busca de atendimentos nos serviços de diferentes níveis de atenção, ancorando-se no binômio doença versus busca pelo tratamento. Percebeu-se, ainda, quadro sugestivo, no qual as famílias e os familiares com transtornos mentais encontravam-se imersos em um contexto de redes sociais empobrecidas. No que concerne aos usuários com transtornos mentais, estes praticamente tinha como referência de rede somente o CAPS.

Observou-se que um dos importantes desafios para os avanços do processo de reforma psiquiátrica diz respeito à inserção consubstancial da saúde mental no âmbito da APS, sendo que o envolvimento e o protagonismo dos trabalhadores de saúde da ESF, bem como a construção de redes de cuidado e sociais despontam como aspectos determinantes.

Os trabalhadores da saúde da RAISM devem incorporar em suas práticas o papel de estimular familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras a ampliar e fortalecer a rede de relações sociais. Este aspecto está preconizado no cerne da reforma psiquiátrica, visando proporcionar acolhimento, escuta qualificada e suporte às famílias para disparar o processo de habilitação social das pessoas com adoecimento mental na comunidade e no tecido social.

No que diz respeito ao cuidado operado nos dispositivos de atenção psicossocial, percebeu-se pelas narrativas a satisfação dos cuidadores relativa à atenção prestada pelo CAPS e UIPHG, entretanto, evidenciaram a necessidade de melhorias nesses dois dispositivos da RAISM.

As necessidades de melhorias do cuidado prestado pelo CAPS, segundo os cuidadores, convergiram para a inserção deles no cuidado em saúde mental, qualificação do acolhimento operado nesse serviço, regularização da escassez de medicamentos e garantia de transporte para os usuários assistidos no CAPS.

O CAPS vem desenvolvendo de maneira tímida o seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais. As ações voltadas para preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território ainda são bastante incipientes.

Torna-se primordial também a realização de articulações mais sólidas com as equipes da ESF, bem como intensificação de ações que contemplem a vida comunitária e a autonomia dos familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras. Acrescenta-se a necessidade de ampliação nas articulações com os recursos existentes em outras redes sociais.

Percebe-se que trabalhadores da saúde da RAISM apresentam dificuldades e mesmo resistências para operar o cuidado em saúde mental no território, desenvolvendo estratégias realmente possibilitadoras de inclusão social dos usuários assistidos. Não há um trabalho de fato voltado para o exercício da cidadania e autonomia das pessoas com transtornos mentais e cuidadores. Os ideários da reforma psiquiátrica ainda não estão efetivamente introjetados, no sentido de serem traduzidos em ações concretas consoantes a atenção psicossocial.

O ato de cuidar em saúde mental deve incorporar necessariamente a subjetividade dos usuários assistidos, e estes devem ser compreendidos de maneira global. Os trabalhadores da saúde da RAISM precisam sair dos dispositivos de saúde mental e conhecer como vivem as pessoas com adoecimento mental e suas famílias em seus contextos reais de vida. Faz-se necessário compreender como eles se relacionam com as demais pessoas em seu seio comunitário.

Quanto à UIPHG, as famílias defenderam a necessidade de melhorias quanto à alimentação servida no hospital para usuários com transtornos mentais e cuidadores acompanhantes, assim como melhorias na condição de conforto para as famílias acompanhantes. Estes associados a outros aspectos, envolvendo condutas arbitrárias do gestor e proprietário do hospital, sinalizaram para necessidade de resolução definitiva da situação, pois havia ameaças reais da UIPHG idealizada consoante aos ideários e moldes da reforma psiquiátrica, de se transformar em um manicômio sutil, muito embora esta não fosse a intenção da equipe da RAISM e dos gestores municipais.

O matriciamento em saúde mental na APS, em Sobral, é uma estratégia importante de cuidado colaborativo, apresenta contribuições importantes para integrar as equipes da RAISM e da ESF, proporcionando melhorias nos fluxos de atenção, fortalecendo os vínculos desses trabalhadores, bem como se apresenta como potente instrumento de suporte assistencial e técnico pedagógico.

Entretanto, existem dificuldades e desafios importantes a serem superados para que o matriciamento funcione de fato consoante à sua essência de idealização. Fatores como: predominância do modelo biológico, resistências de profissionais da ESF em lidar com questões relacionadas à saúde mental, rotatividade de profissionais das equipes da ESF, carga horária reduzida do profissional médico em algumas unidades de saúde da família, realização

de atendimento ambulatorial, são alguns dos fatores que interferem na efetividade dessa modalidade de atenção em saúde mental.

Observou-se, a valorização e a predominância da terapêutica farmacológica no tratamento dos familiares com transtornos mentais. Desta maneira, identificou-se o poder e a cultura da medicamentação, introjetados no imaginário dos cuidadores.

Os trabalhadores da saúde necessitam refletir permanentemente sobre as próprias práticas, realizar o exercício de experimentação de novas formas de pensar, bem como adotar diferentes posturas, com vistas a contribuir com o processo de transição cultural da medicamentação vigente na atualidade. A atenção em saúde mental, ancorada nos moldes da atenção psicossocial, deve considerar a terapêutica medicamentosa como aspecto constitutivo do projeto terapêutico dos usuários assistidos. Deve incorporar essencialmente as dimensões subjetivas, sociais e culturais.

Apreendeu-se que o cuidado em situação de crise produz medo nas famílias cuidadoras, configurando-se como fonte de tensões, aflições e receios quanto a comportamentos que possam a ser manifestados pelos familiares com transtornos mentais. A equipe de saúde mental da RAISM pode contribuir, potencialmente, com as famílias cuidadoras, ajudando-as a analisar os fatores desencadeantes da crise psicótica, motivando-as a refletirem sobre as próprias condutas e instrumentalizando-as em como devem proceder nessas situações.

O CAPS, assim como outros dispositivos da RAISM, realizavam iniciativas ainda tímidas no concernente às ações mais efetivas e possibilitadoras de inclusão social dos usuários com transtornos mentais. Havia predominância da função técnico-assistencial que se constitui aspecto de grande relevância, porém torna-se limitada diante da necessidade imprescindível de superação de uma cultura manicomial, herdada do modelo hospitalocêntrico e do processo de exclusão social que atinge as pessoas com transtorno mental.

Ao considerar as narrativas oriundas das entrevistas individuais, dos grupos focais e das observações realizadas nos campos da atenção domiciliar e psicossocial, constatou-se que o envolvimento das famílias na abordagem dos serviços da RAISM demonstrou-se periférico, ocorrendo mediante a realização de atendimentos individuais voltados para os familiares com transtornos mentais, visitas domiciliares e reuniões ancoradas em orientações

diretivas, com a predominância da técnica de aconselhamentos realizados pelos diferentes trabalhadores da saúde. Os atendimentos realizados em instância domiciliar encontravam-se focados predominantemente na prescrição de medicamentos, emissão de receitas e observação do quadro sintomatológico dos usuários assistidos.

Não é preciso somente que as famílias sejam tomadas como corresponsáveis pelo tratamento de familiares com transtornos mentais, os serviços precisam também oferecer a estas cuidado planejado e permanente. A equipe de saúde mental deve criar espaços com capacidade de oferecer escuta qualificada e cuidado continuado às famílias cuidadoras. Isto implica na necessidade de se repensar e redimensionar o cuidado operado no cotidiano nos dispositivos de atenção psicossocial.

As famílias cuidadoras devem ser tomadas como prioritárias na atenção em saúde mental. O cuidado deve ser operado de maneira a valorizar saberes, experiências e práticas. Estas devem ser estimuladas a exercitarem o papel de protagonistas e não coadjuvantes obedientes na produção do cuidado.

Dessa maneira, a equipe da saúde precisa estimular as famílias a se perceberem além de cuidadoras de familiares com transtornos mentais, precisa colaborar fundamentalmente para a criação de novas formas de subjetivação do papel das famílias cuidadoras.

Os familiares com transtornos mentais devem também ser incentivados a se tornarem protagonistas de suas próprias histórias. Os trabalhadores de saúde mental devem apoiá-los para que superem o papel de meros usuários psiquiátricos passivos, desprovidos de saberes e experiências singulares e importantes. Não se deve mantê-los reféns e depositários dos saberes e das práticas dos especialistas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. M. T. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: DUARTE, M. J. O.; ALENCAR, M. M. T. (orgs.). *Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

ALMEIDA, M. M. *et al.* **A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia**. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.*, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.

ALMEIDA, M. M. *et al.* **Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral**. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental. Sujeito, produção e cidadania. Coleções Ipub. Contra capa livraria*. Rio de Janeiro, 2004. p.117-133.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARAL, P. C. G.; DURMAN, S. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n.1, p.113-119, 2004.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. (Org.). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A.; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (Orgs.). **Fim do século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-53.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância, volume 1, 2 e 3/ Coordenado por Paulo Amarante**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003. p.57-73.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. **Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas**. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 151-160.

AMARANTE, P. D. C; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, p. 58, p. 26-34, 2001.

ANDOLFI, M. **A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Tradução: Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Record, 2007.

- AUGÉ, M. **Os domínios do parentesco**. Lisboa: Edições 70, 2003.
- AUN, J. G. Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais: fundamentos teóricos e epistemológicos. 2. ed. Belo Horizonte: Oficina de Arte e Prosa, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- AZEVEDO M. *et al.* Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 485-491, 2009.
- BAPTISTA, A. P. **A integração do portador de transtorno mental na família**. 2011. Monografia - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Santiago, Cabo Verde, 2011.
- BARROS, J. O.; MÂNGIA, E. F. Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ.**, v. 18, n. 3, p.135-142, 2007.
- BARROS, M. M. M. A; JORGE, M.S.B. **Concepções e Práticas de Atenção à Saúde Mental: O Discurso do Sujeito Coletivo**. Fortaleza: EdUECE, 2011.
- BARROS, M. M. M.; CHAGAS, M. I. O; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 34, p. 270-27, 2007.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009.
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F.; GIANICHECKA, M. G. II circuito del controllo: dal manicômio al decentramento psiquiátrico. In: BASAGLIA, F. (Org.). **Basaglia Scritti II 1968-1980**. Torino: Einaudi, 1981. p. 391-408.
- BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SCHWARCZ, L. (Org.). **História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. v. IV.
- BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Rev Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BIELEMANN, M. *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BILAC, E. D. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 29-38.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008a.

BORBA, L. O.; KANTORSKI, L. P.; SCHWARTZ, E. Stress on families living with the reality of mental disorder. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 588-593, 2008b.

BORBA, L. O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.

BRASIL. 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. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde; 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010a, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. O que é reforma psiquiátrica? Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925. Acesso: 01 jan 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos Humaniza SUS. Atenção Básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Vol. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?** Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES. Brasília. Julho de 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** CHIAVERINI, D. H. (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216/2001. Diário Oficial da União, 9 abril 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003 – 2006. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Diário Oficial da União 2002; 19 fev.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, novembro de 2004.

BRÊDA, M. Z. *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450-452, 2005.

BROWN, N. M. Age and children in the kalahari. **Health and Human Development Research**, v. 1, p. 26-30, 1990.

BULGER, M. W.; WANDERSMAN, A.; GOLDMAN, C. R. Burdens and gratifications of caregiving: appraisal parental care of adults with schizophrenia. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 63, p. 255-265, 1993.

CAMATTA, M. W.; SHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, n. 2, p. 393-400, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 219-237, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPRARA, A.; VERAS, M.S.C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n. 16, p. 131-146, set.2004/fev.2005.

CARVALHO, M.C.B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 15-22.

CARVALHO I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 2, p. 109-122, 2003.

CARVALHO, M. C. **A família contemporânea em debate**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CARVALHO, M. C. B. Famílias: conversas sobre políticas públicas e práticas. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 67-87.

CARVALHO, N. R. **Primeiras crises psicóticas**: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

CARVALHO, A. M. *et al.* Women and caregiving: psycho-biologically based or culturally arbitrary? **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008.

CATENA, R. M.; GALERA, S. A. F. Doente mental e família: estes desconhecidos. **Acta Paul Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 53-58, 2002.

CAVALCANTE, C. M. *et al.* **Saúde mental na atenção primária: desafios e obstáculos na resolubilidade dos casos infantis no apoio matricial**. In: SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B. (Orgs.). Cuidado em Saúde. Desafios e Práticas. Fortaleza: EdUece/UNIFOR, 2011. P. 103 – 125.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

COLVERO, L. A. *et al.* Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p.197-205, 2004.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estud Psicol.**, v.11, n. 2, p. 209-216, 2006.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do Programa de Saúde Mental em Curitiba**: mais atenção para quem precisa. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 1999.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DALGALARRONDO, P. Enfermarias de Psiquiatria. In: BOTEGA, J.N. (Org.). **Serviços de saúde mental em hospital geral**. Campinas, SP: Papirus, 1995.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Rev Psiq Clín.**, v. 34, supl 1, p. 25-33, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, suppl.1, p. 1483-1492, 2009.

DIMENSTEIN, *et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1209-1226, 2010.

DOORNBOS, M. M. The problem and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing* 35(9m): 22-26, 1997.

DUNNINGHAM, W.; AGUIAR, W. M. O custo social dos transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 8, p. 419-422, 1995.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM, 2002. p. 11- 24.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. 17. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

EVERS, A. **The Welfare mix approach: understanding the pluralism of welfare systems**. In: CONGRESS WELL-BEING IN EUROPE BY STRENGTHENING THE THIRD SECTOR, maio 1993, Barcelona.

FIALHO, M. B.; JORGE, M. S. B. As redes e o cuidado produzido na interface da saúde mental com a atenção primária. In: SILVA, R.M; JORGE, M. S. B. (Orgs.). **Cuidado em Saúde**. Desafios e Práticas. Fortaleza: EdUece/UNIFOR, 2011. 342p.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FIGUEIREDO M. D.; CAMPOS R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONTES, B. A. S. M. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Rev Ciências Sociais**, v. 26, n. 4, p. 87-104, 2007.

FONTES, W. D. **Promoção da saúde e empowerment da mulher**. Modelo metodológico de pesquisar-cuidar. 2001. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Edições Graal, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPES C, 2006. p.

GEANELLOS, R. Hermeneutic philosophy. Part I: implications of its use as methodology in interpretive nursing research. **Nurs. Inq. Melbourne**, v.5, p.154-63, 1998a.

GEANELLOS, R. Hermeneutic philosophy. Part II: a nursing research example of the hermeneutic imperative to address forestructures/pre-understandings. **Nurs. Inq. Melbourne**, v.5, p.238-47, 1998b.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODOY, M. G. C.; BOSI, M. L. M. A alteridade no discurso da reforma psiquiátrica brasileira face à ética radical de Lévinas. **Physis**, v.17, n. 2, p. 289-299, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOFFMAN, E. **Asylums**. Le istituzioni total. 7. ed. Torino: Einaudi, 1980.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p.357:363, 2005.

GONÇALVES, S. E.; KANTORSKI, L. P.; HECK, R. M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do Programa de Saúde da Família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 5, n. 2, p. 93-102, 2003.

GONÇALVES, A. M; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GORMAN, M. Help and self-help for older adults in developing countries. **Generations**, v. 17, n. 4, p. 73-76, 1993.

GREENBERG, J. S.; KIM, H. W.; GREENLEY, J. R. Factors associated with subjective burden in siblings of adults with severe mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 67, n. 2, p. 231-241, 1997.

GUTIERREZ, D. M. R.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, supl.1, p. 1497-1508, 2010.

HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HEIDMANN, I.T.S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto - Enferm.**, v. 15, n. 2, pp. 352-358, 2006.

HERNANDEZ, D. J. Child development and the social demography of childhood. **Child Development**, v. 68, p. 149-169, 1997.

HUXLEY, P.; THORNICROFT, G. Social inclusion, social quality and mental illness. **Br J Psychiatr.**, v. 182, p. 289-290, 2003.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Trad. José Kosinski de Cavalcanti. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

HORKHEIMER, M., & ADORNO, T. W. Família. In: INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG, F. (Org.). **Temas básicos da sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1956.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional 2011**. Disponível em: //www.ibge.gov.br. Acesso em: 29 abr. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

JORGE, M. S. B; PINTO, A. G. A. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In TRAD, L. A. B. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 335-379.

JORGE, M. A. S. *et al.* **Textos de apoio em saúde mental**. Organização da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

JORGE, M. S. B. *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da Equipe de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

KALOUSTIAN, S. M. (org.) **Família brasileira, a base de tudo**. 8.ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF:UNICEF, 2008.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2007.

KASLOW, F. Families and family psychology at the millennium. **American psychologist**, v. 56, p. 37-46, 2001.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LANCETTI, A. **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. . In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LAUBER, C. *et al.* Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. **European Psychiatry**, v. 18, p. 285-289, 2003.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist Cienc Saúde –Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LOUKISSA, D. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of Advanced Nursing**, v. 21, p. 248-255, 1995.

LOUREIRO, I. Arte e beleza: diferentes formulações foucaultianas sobre a estética da existência. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 16, n. 1, p. 41-53, 2004.

LOUZÃ, M. R.; ELKIS, H. Esquizofrenia. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2007. p.18.

LUCCHESI, R. *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família caminhos e impasses de uma trajetória Necessária. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. **Rev Ter Ocup Univ**, v. 18, n. 2, p. 54-62, 2007.

MARTIN, C. Os limites da proteção da família. **Revista de Ciências Sociais**, v. 42, p. 53-75, 1995.

MARTÍNEZ, A. *et al.* El enfermo esquizofrénico y sus familias inmersos en un cambio profundo. **ANALES Sis San Navarra**, v. 23, n. 1, p. 111-122, 2000.

MARTINS, P.; FONTES, B. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.

MAURIN, J. T.; BOYD, C. B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 4, n. 2, p. 99-107, 1990.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática** – visão atual. 9. ed. São Paulo: Tempo Brasileiro/Casa do Psicólogo, 2002.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras, 2002.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2ª ed.. São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros LTDA, 2006.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). **Fim de século e ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 171-86.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, O.C.L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. & LEAL, M. C. (Orgs.) **Política Social, Família e Juventude:** uma questão de direito. São Paulo: Cortez, 2004.

MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 207-213, 2002.

MOLINA, J. L. **El estudio de las redes personales:** contribuciones, métodos y perspectivas. 2005 [Internet]. Disponível em: <http://revistaredes.rediris.es/>. Acesso em: 20 abr. 2011.

MORAIS, A. P. P.; TANAKA, O. Y. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 1, p.161-170, 2012.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares. **Scient Med.**, v. 15, n. 4, p. 213-219, 2005.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG H. G. Religiousness and mental health. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MORENO, V; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 37, n. 2, p. 43-60, 2003.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009.

MOURA FÉ, N. de. Saúde mental em saúde pública. In: JORNADA DE SAÚDE MENTAL EM SAÚDE PÚBLICA, 1., 13 fev. 1996, Sobral, CE. **Trabalho apresentado...** Sobral, CE, 1996a. Mimeografado.

MOURA FÉ, N. **Os lares e as visitas.** In: ENCONTRO DE CAPS NAPS DO NORDESTE, 1.; ENCONTRO DE ALTERNATIVAS EM SAÚDE MENTAL DO NORDESTE, 1., 29 a 31 1996b, Quixadá, CE. Trabalho apresentado... Quixadá, CE, 1996. Mimeografado.

MOURA FÉ, N. Cultura Manicomial. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.2, n.3, p. 99-102, 1998. p. 122.

MOURA, D. P. A enfermagem frente a socialização do ser humano esquizofrênico na família. 2005. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2005.

MUNARI, D. B. *et al.*. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev Eletr Enf [online]**, v. 10, n. 3, p. 784-795, 2008. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a24.pdf. Acesso em 10 abr. 2010

NARVAZ, M.; KOLLER, S. H. A invenção da família. **Pensando Famílias**, v. 7, n. 9, p. 121-134, 2005.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

NEGREIROS, T. C. G. M.; FERES-CARNEIRO, T. **Masculino e feminino na família contemporânea**. Estudos e Pesquisas em Psicologia [on-line], v. 4, n. 1, 2004. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812004000100004-&lng=es&nrm=iso>. Acesso: 1 out 2010.

NÓBREGA, S. A.; CORIOLANO, M. W. L. Experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Sau & Transf Soc.**, v.1, n.2, p.101-107, 2011.

NOGUEIRA, M. A. A relação família-escola na contemporaneidade: fenômeno social/interrogações sociológicas. **Separata de: Análise Social**, Lisboa, v. XL, n. 176, p. 563-578, 3º trimestre de 2005.

NUNES, M; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.10, out, 2007. p. 2375-2384.

OLIVEIRA, R.C. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: Ed. UNESP, 1998.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 2, p. 198-203, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, M. D.; SÁ, M. F.; ROCHA, M. L. Percepção da sobrecarga familiar nos cuidados ao paciente psiquiátrico crônico. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 245-247, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Organization, 2001.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**. Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1994.

PAPÁLIA, E. D.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEREIRA, P. J; BOURGET, M. Família: representações sociais de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.584-591, 2010.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JÚNIOR A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev Esc Enferm USP**., v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, L. O. M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. **Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.167-197.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M.C. & LEAL, M. C. (Orgs.) **Política Social, Família e Juventude: uma questão de direito**. São Paulo: Cortez, 2004.

PERGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comun Saude Educ.**, v. 12, n. 25, p. 295-307, 2008.

PETRINI, J.C. Pós-modernidade e família. Ed. Edusc, Bauru. 2003.

PIMENTA, E.S.; ROMAGNOLI, R.C. **A relação com as famílias no tratamento de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial**. Pesquisa e Práticas Psicossociais, São João Del-Rei, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 21-36.

PINTO, A. G. A; JORGE, M.S.B. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface - Comun., Saude, Educ.**, v.13, n. 30, p. 67-77, 2009.

PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2001.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICOEUR, P. **From text to action: essays in hermeneutics II**. London: The Athlone Press, 1991.

RICOEUR, P. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

- RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4^a.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora; 1990.
- RICOEUR, P. **O discurso da ação**. Lisboa, Edições 70, 1988.
- RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto, Rés Editora, 1989.
- RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro, Francisco Alves Editora, 1983.
- ROCHA, C. M. F. **As redes em saúde**: entre limites e possibilidades. Fórum Nacional de Redes em Saúde. Belo Horizonte (MG): Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, v. 11 n. 2, p. 305-314, 2006.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M. C. B. C. *et al.* (Orgs.). **A família contemporânea em debate**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. p.73-88.
- ROSA, L, C, S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.
- ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- ROSE, L. E. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 10, n. 2, p. 67-76, 1996.
- ROUDINESCO, E. A. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via - a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F. *et al.* (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- SÁ, R. A. R. **(Re)habilitação psicossocial**: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à saúde mental de Sobral-CE. 2006. 74f. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2006.
- SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.
- SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Psicoses**. Uma abordagem psicossocial em saúde mental. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Quixadá: Escola de Saúde Pública, Área Saúde Mental, 1997a. Mimeografado.
- SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **A melhora clínica ou a cura em psiquiatria**. Saúde Mental no Interior. Quixadá, CE, 1997b. Mimeografado. Texto complementar para treinamento de profissionais de CAPS e PSF. Escola de Saúde Pública. Área Saúde Mental.
- SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de organização de centro de atenção psicossocial generalista**. Quixadá, 1994; Sobral, 2001. Mimeografado.

SAMPAIO, J. J. C.; MOURA-FÉ, N.; SANTOS, A. W. G. **Projeto de Lei Paulo Delgado**: um instrumento da luta pela reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: 1997.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A.W.G; ANDRADE, L.O.M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: **A Organização da saúde no nível local. (Organizador: Eugênio Vilaça Mendes)**. Editora: Hucitec: São Paulo, 1998.

SANTANA, L. O. P. L. S. **O entardecer no farol**: um estudo etnográfico sobre a percepção da saúde entre pessoas idosas. Fortaleza, 2004. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

SANT'ANA, M. M. *et al.* O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi**, n. 34, p. 146-160, 2011.

SANTOS, N. S. *et al.* A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 20, n. 4, p. 46-53, 2000.

SANTOS, A. M. *et al.* Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

SARACENO, C. **Sociologia da Família**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. M. F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Questões abertas em psicofarmacologia clínica. In: RUSSO, J.; FERREIRA, J. (Orgs.). **Duzentos anos de psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

SARTI, C.A. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCOTT, R. P. Ruralidade e mulheres responsáveis por domicílios no Norte e no Nordeste. **Estudos Feministas**, v. 15, n. 2, p. 425-436, 2007.

SEGALEN, Martine. **Sociologia da Família**. Lisboa: Terramar, 1999.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, suppl., p. 243-253, 2005.

SILVA, C.S; DALMOLIN, B. O cotidiano familiar de quem vivencia o transtorno mental. **Saúde em debate**, v. 34, n. 86. p. 549-558, 2010.

SILVA, M. V. O. **A instituição sinistra**. Mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2001. (Coletânea de Relatos de Mortes de Internos em Hospitais psiquiátricos).

SILVA, M.; BRAGA, B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 14, p. 149-158, 2009.

[SILVA, R. C. B.](#) Esquizofrenia: uma revisão. **Psicol USP**, v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006.

SILVA, V. A.; LIPPI, P. C. M.; PINTO, C. J. M. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. **Intellectus – revista acadêmica digital do grupo polis educacional**, ano 4, n. 5, 2008. Disponível em: www.seufuturonapratica.com.br/.../PDF/02_ART_Enfermagem.pdf. Acesso em: 20 ago. 2010

SILVA, L.; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: escutando a família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 161-168, 2004.

SILVA, C. M. C. *et al.* Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Cienc Enferm**, v. 17, n. 3, p. 125-136, 2011.

SINGLY, F. **Sociologia da família contemporânea**. Tradução Clarice Ehlers Peixoto. Rio de Janeiro: Editora FGV (Família, geração & cultura), 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 1997.

SOARES, C. B. **Família e desinstitucionalização**: impacto da representação social e da sobrecarga familiar [dissertação]. [Goiânia]:Universidade Católica de Goiás, 2003.

SOARES, C. R.; MENEZES, P. R. Avaliação do impacto econômico em familiar de pacientes com transtornos mentais graves. **Rev Psiq Clín**, v. 28, n. 4, p. 183-190, 2001.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação Social. **Relatório anual de gestão 2010**. Sobral, 2011. Mimeografado.

SOIFER, R. **Psicodinamismos de família com crianças**: terapia familiar com técnicas de jogo. Petrópolis: Vozes, 1982.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 23, n. 2, p. 68-80, 2002.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, 173-179, 2005.

SOUZA, F. S. P. *et al.* Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Rev Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1579-1599, 2011.

ST-ONGE, M.; LAVOIE, F. The experience of caregiving among mothers of adults suffering from psychotic disorders: factor associated to their psychological distress. **American Journal of Community Psychology**, v. 25, n. 1, p. 73-94, 1997.

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança**. **Serviço Social e Sociedade**, ano 23, n. 71, p. 9-25, 2002.

TAKEMOTO, M. L.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n.1, p. 25-29, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

TESSER, C. D. *et al.* Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, suppl 3, p. 3615-3624, 2010.

TESSER, C. D. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. In: CHARLES, D.; TESSER, C. D. (Org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 10-33.

TESSLER, R. C.; GAMACHE, G. M. **Family Experiences with Mental Illness**. Auburn House, Westport, 2000.

TÓFOLI, L. F; FORTES, S. Apoio Matricial de Saúde Mental na Atenção Primária no Município de Sobral, CE: O Relato de Uma Experiência. **SANARE - Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**, v. 6, n. 2, p. 34-42, 2005/2007.

TORRE, E. H. G; AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRAD, L. A. B. A Família e suas Mutações: subsídios ao campo da saúde. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 27-50.

VAITSMAN, J. Dimensões sobre família e gênero no Brasil. **RASPP – Revista Associação Pública Piauí**, v. 2, n. 1, p. 63-70, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Por detrás do álbum de família: o desafio do cuidado sociofamiliar (prefácio). In: ROSA, L. (Org.). **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003. p.13-20.

VAITSMAN, J. Prefácio. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família Contemporânea e Saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 11-17.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **REME Rev Min Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 165-252, 2004.

VIEIRA FILHO, N. G.; NOBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estud Psicol.**, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

WAIMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa

de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

WAIDMAN, M. A. P. *et al.* Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 346-351, 2012.

WAIDMAN, M.A.P.; ELSEN, I. Família e necessidades: revendo estudos. **Acta Sci Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 147-157, 2004.

WIKLUND, L.; LINDHOLM, L.; LINDSTROM, U. A. Hermeneutics and narration: a way to deal with qualitative data. **Nurs. Inq.**, v.9, n.2, p.114-25, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **Integrating mental health into primary care.** A global perspective. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2008.

ZANUS, P. M. **Il lavoro con le famiglie ad alto carico.** Trieste. 1993. Dissertação (Mestrado) - Istituto di Clinica Psichiatrica, Università Degli Studi di Trieste, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AS FAMÍLIAS/CUIDADORAS:

1) Características sociodemográficas, clínicas e condições de vida do cuidador:

Sexo:

Idade:

Parentesco:

Estado civil:

Escolaridade:

Casa própria ou alugada:

Quantos moram na casa:

Diagnóstico do familiar com transtorno mental:

Idade do familiar com transtorno mental:

Contato com o familiar com transtorno mental:

Há quanto tempo cuida do familiar com transtorno mental:

Renda do familiar com transtorno mental:

Renda do cuidador:

Renda familiar:

Cuidador com Problemas clínicos de saúde:

Familiar com transtorno mental apresenta problemas clínicos de saúde:

Cuidador cuida de outro doente:

2) Questões condutoras:

- 2.1) Fale-me sobre as suas experiências, dificuldades/facilidades que você vivencia no cuidado cotidiano de seu familiar com transtorno mental:
- 2.2) Fale-me sobre as ações que você desenvolve para uma melhoria das condições de vida de seu familiar com transtorno mental e para você também:
- 2.3) Como você avalia as formas de atendimento do tratamento prestado na rede de saúde mental de Sobral aos seus familiares com transtornos mentais e às famílias?
- 2.4) Fale-me como acontece o atendimento realizado para os usuários e famílias na rede de serviços de saúde:
- 2.5) De que forma você se posiciona no acompanhamento do tratamento do seu familiar com transtorno mental na rede de saúde mental?
- 2.6) Como se dá o seu relacionamento com os trabalhadores da saúde que prestam atendimento a você na rede de saúde mental de Sobral?
- 2.7) Em sua opinião qual a sua participação no acompanhamento do tratamento do seu familiar que apresenta transtorno mental?

APÊNDICE B – TEMÁRIO PARA GRUPO FOCAL COM AS FAMÍLIAS/CUIDADORAS

1. Experiências e dificuldades no cuidado cotidiano de seu familiar com transtorno mental;
2. Ações desenvolvidas pelas famílias para melhoria das condições de vida (do familiar com transtorno mental e para a família);
3. Atendimento e tratamento prestado na rede de saúde mental (aos familiares com transtornos mentais e às famílias);
4. Como acontece o atendimento realizado para os familiares com transtornos mentais e para as famílias na rede de serviços de saúde?
5. Como você se posiciona no acompanhamento do tratamento do seu familiar com transtorno mental na rede de saúde mental?
 6. Seu relacionamento com os profissionais que prestam atendimento a você na rede de saúde mental de Sobral.
 7. A sua participação no acompanhamento do tratamento do seu familiar que apresenta transtorno mental.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Situações cotidianas, participantes envolvidos e locais de observação:

Participantes: Famílias de usuários com transtornos mentais

Locais de observação: Domicílios das famílias, CAPS, Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Geral, Centros de Saúde da Família.

1. Experiências e dificuldades no cuidado cotidiano de seu familiar com transtorno mental;
2. Ações desenvolvidas pelo familiar/cuidador para melhoria das condições de vida (do usuário com transtorno mental e para ele também);
3. Atendimento e tratamento prestado na rede de saúde mental (ao usuário com transtorno mental e às famílias cuidadoras);
4. Como acontece o atendimento realizado para os usuários com transtornos mentais e famílias na rede de serviços de saúde;
5. Como o familiar/cuidador se posiciona no acompanhamento do tratamento do usuário com transtorno mental na rede de saúde mental;
6. Relacionamento do familiar/cuidador com os trabalhadores da saúde que prestam atendimento a ele na rede de saúde mental de Sobral.
7. Participação do familiar/cuidador no acompanhamento do tratamento do usuário que apresenta transtorno mental.

Obs.: As observações foram registradas em diário de campo da pesquisadora, no momento e logo após a coleta dos dados.

**APÊNDICE D – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA
À COORDENAÇÃO DO CAPS GERAL**

Sobral, ___ de _____ de 2012.

Vimos por este intermédio, solicitar de V.S^a. autorização para que a pós-graduanda, terapeuta ocupacional, Márcia Maria Mont' Alverne de Barros possa realizar a coleta de dados para o seu Projeto de Tese intitulado: “Experiências das famílias no contexto da reforma psiquiátrica em um cenário do nordeste brasileiro” junto ao CAPS Damião Ximenes Lopes, com vistas ao desenvolvimento de sua Tese de Doutorado vinculada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Menciona-se que foi concedida autorização formal para a realização da pesquisa pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), respeitando-se ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2000).

Cientes de vossa valorosa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Prof^a Dra. Maria Salete Bessa
Jorge

Coordenadora do Doutorado em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

Márcia Maria Mont' Alverne de
Barros

Doutoranda em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

**APÊNDICE E – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA À
COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DE PSIQUIATRIA**

Sobral, ___ de _____ de 2012.

Vimos por este intermédio, solicitar de V.S^a. autorização para que a pós-graduanda, terapeuta ocupacional, Márcia Maria Mont' Alverne de Barros possa realizar a coleta de dados para o seu Projeto de Tese intitulado: “Experiências das famílias no contexto da reforma psiquiátrica em um cenário do nordeste brasileiro” junto à UIPHG, com vistas ao desenvolvimento de sua Tese de Doutorado vinculada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Menciona-se que foi concedida autorização formal para a realização da pesquisa pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), respeitando-se ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2000).

Cientes de vossa valorosa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Prof^a Dra. Maria Salete Bessa
Jorge

Coordenadora do Doutorado em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

Márcia Maria Mont' Alverne de
Barros

Doutoranda em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

APÊNDICE F – OFÍCIO DE SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA À COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SOBRAL

Sobral, ___ de _____ de 2012.

Venho, por este intermédio, solicitar de V.S^a. autorização para que a pós-graduanda, terapeuta ocupacional, Márcia Maria Mont' Alverne de Barros possa realizar a coleta de dados para o seu Projeto de Tese intitulado: “Experiências das famílias no contexto da reforma psiquiátrica em um cenário do nordeste brasileiro” junto aos centros de saúde, com vistas ao desenvolvimento de sua Tese de Doutorado vinculada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Menciona-se que foi concedida autorização formal para a realização da pesquisa pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), respeitando-se ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2000).

Cientes de vossa valorosa colaboração, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,

Prof^a Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Coordenadora do Doutorado em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

Doutoranda em Saúde Coletiva AA IES/UECE-
UFC/UNIFOR

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA AS FAMÍLIAS CUIDADORAS

PESQUISA: Experiências das famílias no contexto da reforma psiquiátrica em um cenário do nordeste brasileiro.

A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar experiências e cuidado de famílias de usuários com transtornos mentais nos dispositivos de atenção psicossocial. Para tanto, especificamente pretende: Des (velar) experiências, dificuldades e facilidades vivenciadas pelas famílias no cuidado cotidiano aos usuários com transtornos mentais; Descrever estratégias e tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas famílias na produção de ações voltadas para melhorias das condições de vida de familiares com transtornos mentais e famílias cuidadoras; Identificar como as famílias avaliam as formas de atendimento do tratamento prestado na Rede de saúde mental de Sobral aos familiares com transtornos mentais e às famílias; Examinar como ocorrem os fluxos de atenção às famílias e aos familiares com transtornos mentais na Rede de serviços de saúde; Entender como as famílias se posicionam no acompanhamento do tratamento do familiar com transtorno mental na Rede de Saúde Mental; Identificar acontece o relacionamento das famílias com os trabalhadores da saúde que prestam atendimento na Rede de Saúde Mental de Sobral; Descrever a participação das famílias cuidadoras no acompanhamento do tratamento dos familiares com transtornos mentais.

O estudo propõe a realização dos seguintes métodos para coleta de dados: entrevista semiestruturada, grupo focal e observação participante.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos trabalhadores e gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços e a vida da população.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer

dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Assim, após ter sido informado sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará esse termo que também será assinado pela pesquisadora.

Sobral-CE, ___/___/___.

Assinatura do (a) Participante

Márcia Maria Mont' Alverne de Barros/ Pesquisadora - Doutorado em Saúde Coletiva
AA IES – UECE/UFC/UNIFOR

R. Antônio M. Carneiro, 291. Centro. CEP: 620.10.160. Sobral-
CE. Telefone: (88) 3614-2633/ (88) 9989-4956

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)/(UVA): Avenida Dr. Guarany. 317. CEP: 62.040-
730. Campus da CIDAO. Telefone (88) 3677-4255.

APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, declaro que aceito participar da pesquisa: EXPERIÊNCIAS DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM UM CENÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO. Estou ciente de que os resultados da pesquisa serão tratados sigilosamente e, caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar esse consentimento.

Sobral, ____ de _____ de 2012.

**APÊNDICE I – CARTÃO DE AGENDAMENTO (ENTREVISTA E GRUPO FOCAL)
COM AS FAMÍLIAS**

PESQUISA: EXPERIÊNCIAS DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA EM UM CENÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO.

PESQUISADORA: Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

ENTREVISTA ()

GRUPO FOCAL ()

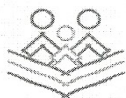
DIA: _____

LOCAL: _____

HORÁRIO: _____

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESCOLA DE FORMAÇÃO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA
VISCONDE DE SABÓIA



Prefeitura
de Sobral
Secretaria da Saúde e Ação Social

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Projeto de Tese de Doutorado em Saúde Coletiva intitulado: “Experiências das Famílias no Contexto da Reforma Psiquiátrica em um Cenário do Nordeste Brasileiro”, da doutoranda Márcia Maria Mont’ Alverne de Barros, foi apreciado pela Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE, obtendo parecer favorável para a realização da pesquisa de campo (coleta de dados).



Prof.ª Dra. Maristela Inês Osawa Chagas

Membro da Comissão Científica da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UVA

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PROJETO DE PESQUISA

Título: EXPERIÊNCIAS DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM UM CENÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00620312.0.0000.5053

Pesquisador: Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

Instituição: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 90.960

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo acerca das experiências das famílias dos usuários com transtornos mentais no contexto da Reforma Psiquiátrica em Sobral-CE, se utiliza de uma análise de natureza qualitativa, crítica e contextualizada. Dessa maneira, a abordagem metodológica adotada nesta pesquisa é de cunho qualitativo, preconizando a análise hermenêutica na perspectiva de Paul Ricoeur. O cenário da pesquisa é o CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, situado na cidade de Sobral-CE. Os sujeitos do estudo são famílias de usuários adultos com transtornos mentais graves, com histórico de atendimento no hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes e em tratamento no CAPS Damião Ximenes Lopes, há pelo menos dois anos, encontrando-se em tratamento até os dias atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as experiências e o cuidado das famílias dos usuários com transtornos mentais no contexto da Reforma Psiquiátrica. Descrever as experiências, dificuldades/potencialidades vivenciadas pelas famílias no cuidado cotidiano aos usuários com transtornos mentais; Descrever as estratégias e as tecnologias de cuidado desenvolvidas pelas famílias na produção de ações voltadas para melhores condições de vida para os seus familiares com transtornos mentais e cuidadores, destacando autonomia, vínculo, corresponsabilização e subjetividades; Identificar como se dá os fluxos de atenção em saúde mental, pela família, por ocasião do adoecimento psíquico do usuário, na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral; Discutir como as famílias percebem as formas de atendimento do tratamento prestado na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral aos familiares com transtornos mentais e às famílias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos e os benefícios estão expostos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e contribui para a produção do conhecimento na Área de Saúde Mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta os Termos obrigatórios com as devidas recomendações éticas.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (883)677-4255

Fax: (883)677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado e foi aprovado..

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP aprovou a relatoria do parecerista, ficando portanto APROVADO o protocolo de pesquisa.

SOBRAL, 05 de Setembro de 2012

Assinado por:
Maristela Ines Osawa Chagas

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (883)677-4255 Fax: (883)677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com