

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO CAPS SOB A ÓTICA FAMILIAR.

Nursing's assistance in the service of the CAPS's user under the family optic

Álissan Karine Lima Martins ¹
Kely Vanessa Leite Gomes ²
Cleide Correia de Oliveira ^{*3}

Resumo

O presente estudo pretende investigar a respeito do cuidado de enfermagem sob a ótica familiar. Para isso, realizou-se um estudo com 18 sujeitos, estes familiares dos usuários dos CAPS da região do CRAJUBAR, aos quais foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas e questionário sócio-econômico. Percebe-se nos serviços ainda uma incipiente participação familiar dentro do processo de reabilitação e reintegração psicossocial evidenciado pelo frágil entrosamento entre o profissional de enfermagem e o grupo familiar. Cabe ao profissional de enfermagem fazer-se reconhecer por meio de ações que se estendam desde o usuário, família até sociedade em geral. Desta forma, o enfermeiro desenvolverá um cuidado integral, atingindo todas as instâncias sendo uma forte ferramenta dentro da engrenagem que move a Reforma Psiquiátrica, gerando vida àqueles que por um longo tempo tem tido esta possibilidade furtada.

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem; Reforma Psiquiátrica; Família

Abstract

The realization this research claimed to investigate about the nurse's care below the familiar optic. To this, it was fulfilled a study with 18 subjects, this family of patients of CAPS of region of CRAJUBAR, have been applied semi-structured appointment and social-economic questionnaire. It's noticed in service still a familiar incipient participation in the process of psicossocial rehabilitation and reintegration evidenced by fragile relation between the nurse's professional and family group. It's contained to nurse's professional do herself recognize across actions that reach since the patient, family until all society. So, the nurse will develop a integral care, attaining all instances working like a strong instrument in gear that moves the Psychiatric Reform, generated life to that ones had haven this stealer possibility.

Keywords: Nursing Attendance; Psychiatric Reform; Family.

1-Enfermeira; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC; Especializanda em Programa Saúde da Família pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP; Bolsista FUNCAP; Contato: (85)3223-3629 E-mail: alissank@hotmail.com Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1032 – Rodolfo Teófilo – Fortaleza – CE – CEP: 60430 – 270;

2-Enfermeira; Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará – UECE; Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri – URCA;

3-Enfermeira; Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional do Cariri – URCA; Especialista em Administração Hospitalar; Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA.

INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade da assistência aos doentes mentais em seu contexto fundamentado na Reforma Psiquiátrica, deve incluir a abordagem à família. A partir das propostas de reformulação da assistência psiquiátrica e da cultura antimanicomial das instituições, a assistência ao doente mental e à sua família passa a ter de fato importância no quadro das políticas de saúde, possibilitando que os profissionais estejam abertos para vislumbrar também a melhoria das condições de vida desses sujeitos.

Os profissionais de saúde devem estar atentos para as dificuldades enfrentadas por algumas famílias de lidar com um parente diagnosticado como sofrendo de transtorno mental. Os preconceitos que sofre o usuário vão se refletir na família, que pode, por isso, negar a doença ou abandonar o paciente. A efetiva participação da família como grupo mais importante na vida do usuário é uma ferramenta fundamental para o sucesso de nossa prática.

Segundo Elsen et al. (1998), a família não é um recipiente passivo do cuidado profissional, mas sim um agente, sujeito do seu próprio processo de viver. Sob esta visão, temos aqui a família como uma unidade básica de saúde, a qual deve ser estimulada a cuidar, impondo à Enfermagem o desafio de incluí-la em seu plano de cuidados, especialmente na área de atenção à saúde mental. Assim como a origem de uma crise familiar toma forma no seu núcleo, é também em seu interior que devem ser fundamentadas resoluções para o enfrentamento, superação ou minimização dos distúrbios, pressupondo, para tanto, a existência de condições de saúde mental na busca de alternativas viáveis para o melhor manejo dos fatos, principalmente no nível de promoção da saúde.

É necessária a sensibilização da equipe de enfermagem para ser capaz de reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio, sobretudo na situação de doenças crônicas, considerando a família como objeto de seu cuidado (ANGELO, 1999). Segundo Souza & Scatena

(2005), “[...] dois desafios atuais apresentam-se no campo da saúde: compreender as famílias, considerando-se especificidade e diversidade dos contextos culturais onde estão inseridas, e prestar-lhes assistência condizentes com esses contextos e sua dinâmica própria” (p. 175).

A realização dessa pesquisa pretendeu investigar a respeito do cuidado de enfermagem com famílias com vista à promoção de saúde mental através de ações de saúde desenvolvidas com famílias como unidades do cuidado, ressaltando a abordagem das temáticas: a doença mental, tratamento, medicação, sintomas de crises e ajustamento do familiar ao tratamento.

Assim, procuramos analisar a assistência de enfermagem no atendimento ao usuário do CAPS frente ao contexto da reforma psiquiátrica sob uma abordagem familiar, traçando inicialmente o perfil sócio-econômico-cultural dos entrevistados, identificando as ações de enfermagem promovidas junto ao familiar ou responsável do usuário do CAPS e analisando a assistência de enfermagem frente aos princípios estabelecidos a partir da reforma psiquiátrica.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa é do tipo exploratória, de caráter descritivo, por melhor se adaptar às variáveis contidas no estudo. Pelo fato de ser exploratória, corroboramos com Gil (1996, p. 45), o qual afirma que estes estudos “[...] têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias [...]”. Esse autor ressalta que “[...] as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou

fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis [...]”(p. 46).

O estudo realizou-se nos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS dos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha, tendo início em agosto de 2006 e prosseguimento até julho de 2007. O CAPS mostra-se como representativo local dos serviços substitutivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Estima-se que em todo Ceará temos aproximadamente 56 unidades destes distribuídos por seus municípios.

Antes de terem iniciadas as atividades de coleta de dados, foram enviados ofícios elaborados e assinados pela coordenação do curso de Enfermagem aos campos de pesquisa anteriormente mencionados, para em seguida, dar prosseguimento às atividades propostas.

A amostra do estudo foi composta a partir de familiares de usuários atendidos nessas Unidades que se enquadram nos critérios de inclusão citados posteriormente no texto.

Para seleção dos sujeitos levamos em consideração os critérios pré-estabelecidos para inclusão e exclusão no estudo, a seguir relacionados: a) para inclusão: 1) ser familiar de usuário do CAPS; 2) aceitar voluntariamente a participar da pesquisa. b) para exclusão: 1) não se enquadrar em todos os quesitos para a inclusão. Ao final da coleta, obtemos um total de 18 sujeitos na pesquisa, sendo em média seis indivíduos de cada campo de estudo, sendo estes abordados no próprio serviço, em ocasiões diversas, sendo estas: após reuniões familiares, no acompanhamento de usuários até o CAPS, na entrega de medicação, enfim, adaptando a cada realidade local.

O instrumento de coleta de dados utilizado consiste em uma entrevista semi-estruturada a qual contém um roteiro de perguntas definidas, mas abre a

possibilidade a outras. Esse instrumento se mostra adequado, pois permite captar informações precisas e necessárias à pesquisa, direcionadas aos objetivos. Gil (1996) afirma que uma entrevista bem-feita pode permitir o tratamento de assuntos estritamente pessoais e íntimos, abordando temas de natureza complexa e de escolhas nitidamente individuais. Além disso, a entrevista tem certas vantagens, como poder ser utilizada em quase todos os seguimentos da população, até mesmo analfabetos. As entrevistas foram gravadas a fim de que houvesse uma posterior análise minuciosa do seu conteúdo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, seguida de uma leitura exaustiva do conteúdo das mesmas, para a então seleção dos temas que possibilitaram a elaboração das categorias, caracterizadas por convergência de informações. Os dados colhidos no campo foram agrupados de acordo com a técnica de organização de dados denominada análise de conteúdo (RODRIGUES & LEOPARDI, 1999). Dentre as técnicas de conteúdo utilizaremos a análise categorial que, de acordo com Rodrigues & Leopardi (1999), é processada a partir de um desmembramento do texto em unidades de categorias em um sistema de reagrupamentos analógicos.

Os dados obtidos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, podendo-se propor deduções e interpretações de modo a alcançar os objetivos propostos. Tais deduções e interpretações procedemos à luz de autores de obras referentes aos assuntos trabalhados.

Ao final, houve a descrição dos dados de cunho quantitativo e a separação dos conteúdos qualitativos em categorias e exposição de algumas falas dos sujeitos permeando cada uma dessas. Para a identificação das falas, foram colocadas as iniciais do campo de coleta seguida pela

ordem de entrevista adotada durante a pesquisa.

Antes de proceder à coleta de dados, foram apresentados aos sujeitos da pesquisa os objetivos, benefícios do estudo bem como explanadas quaisquer dúvidas existentes. Após isso, estes assinaram o termo de consentimento livre e informado, obedecendo a todas as recomendações advindas da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), referente a estudos envolvendo seres humanos. Vale ainda salientar que o estudo foi fruto do projeto de Iniciação Científica financiado pelo CNPq vinculado a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 PERFIL SOCIO-ECONOMICO-CULTURAL

A amostra compôs-se de 18 sujeitos, sendo seis destes do CAPS de Barbalha, sete do CAPS de Crato e cinco do CAPS de Juazeiro do Norte, tendo uma média de seis indivíduos por CAPS. O perfil então obtido reflete a realidade da amostra como um todo, já que todos estão enquadrados nos mesmos critérios de inclusão e exclusão, e que a análise conjunta refletirá a realidade dos serviços da região então pesquisada.

Na amostra, houve o predomínio do sexo feminino (72%) em relação ao masculino (28%). A faixa etária mostrou-se bastante diversificada, indo de um extremo de 17 anos de idade até outro, de 80 anos, obtendo representatividade de todas as classes definidas.

O grau de parentesco foi outra categoria que apresentou uma grande variação dentro da amostra, porém, houve o predomínio da relação de filho (a) em relação

às demais. Às demais categorias foi adicionada a relação de comadre, tendo em vista de o cuidado dela provindo representava o único laço existente para o usuário do serviço.

A procedência dos indivíduos mostrou-se bem diversificada, porém destacam-se as cidades do estado de Ceará, enquanto há pouca representação de alguns outros estados, como a Paraíba, Pernambuco, Piauí e São Paulo. Houve, porém na amostra a isenção de relato. É interessante perceber que, apesar de ser um grande centro comercial, o município de Juazeiro do Norte possui uma das menores frequências entre os locais de origem desses familiares. Ao contrário disto, o Crato apresentou os maiores valores dentre as demais localidades.

Os usuários dos familiares, em sua maior parte, participam dos serviços do CAPS sob um regime semi-intensivo (38,8%), seguido pelo não-intensivo (11,1%) e logo após o intensivo (5%). O restante da amostra não soube ou no momento da entrevista não relatou a modalidade de participação.

A renda mensal das famílias diferiu bastante, sendo estas providas de atividades diversas, algumas das quais foram citadas: agricultura, trabalho no setor secundário e terciário, consultoria, projetista de áudio, trabalhos informais, dentre outros. Houve ainda casos em que os entrevistados não trabalhavam, estando apenas estudando, desempregado ou sendo aposentados nestas situações.

A escolaridade de uma população irá influenciar como as práticas em saúde serão desenvolvidas. Na amostra, percebeu-se que grande parte dela não possui o ensino médio completo, estacionando a sua carreira escolar predominantemente no Fundamental de maneira incompleta.

A religião que predomina dentre os sujeitos da pesquisa foi a católica, com um percentual de 88,8% sendo o restante sendo representado por evangélicos e sem religião num mesmo percentual.

As residências destes familiares estão localizados em sua maioria na zona urbana das cidades abordadas (em 66,6% dos casos), sendo estes próprios em 83,3% da amostra.

3.2 ANÁLISE DAS FALAS

3.2.1 CATEGORIA 1: CONHECIMENTO SOBRE EQUIPE DE ENFERMAGEM

O cuidado oferecido ao portador de transtorno mental no CAPS segue os princípios de integralidade por meio de uma equipe de cunho multi e interdisciplinar que contemple assim os vários níveis de assistência, sejam estes bio-psico-sociais (BRASIL, 2004). O enfermeiro insere-se nesta equipe com um papel de grande valia no que se refere a educação em saúde, orientação, acolhimento, assistência não somente ao usuário do serviço, como também aos familiares e a comunidade. Essa relação com a família possibilita a extensão do tratamento para fora das paredes do CAPS, atingindo o meio em que se desenvolvem as relações entre o usuário, família e sociedade.

O reconhecimento da assistência de enfermagem ofertada pelos serviços dá-se de maneira bastante incipiente na medida em que poucos sujeitos exibem o reconhecimento da equipe de enfermagem, havendo a abordagem da equipe como um todo e não enquanto categoria profissional, e quando este ocorre, não há a distinção entre a equipe técnica e o enfermeiro, como se expõe nesta fala:

Não, todos não. Não conheço pelos nome. Não conheço não.(B3)

Os povo daí,... sempre participa da reunião... (B4)

Nota-se que os profissionais, por estarem envolvidos em várias atividades de cunho coletivo, acabam por não terem suas particularidades enxergadas. Daí, acaba-se perdendo a referência quanto a busca de orientação e assistência mais específicas. Kirschbaum & Paula (2001), colocam que as atividades desempenhadas pelos enfermeiros dentro do serviço que atendem aos princípios da Reforma e da Reabilitação psicossocial devem ser voltadas a atividades de assistência direta e indireta, por meio de ações individuais e coletivas, atingidas em diferentes momentos de intervenção.

3.2.2 CATEGORIA 2: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA A FAMÍLIA

Em todos os serviços, não há um trabalho de inserção do familiar ao serviço por meio de oficinas, grupos terapêuticos, atividades que promovam o vínculo, dentre outras. Há apenas a realização de reuniões com os familiares, com frequência não bem delimitada em alguns serviços e em outros mais regular, espaço esse de interação entre familiar e profissionais do serviço, conforme vemos:

[...]Ainda teve de eu vir mesmo só pra palestra para conversar, mas pra fazer trabalho... eu mesmo ainda não vi não, ainda não[...](B3)

[...] Tem, tem que eu assisti a reunião aqui. Tem a reunião aqui com eles no dia das mães. Tem a reunião junto deles, que são usuários, né? E tem a reunião com os pai [...](B6)

Nestas reuniões, em geral, a temática volta-se a questões de cunho organizador e orientador. Assim, são tratadas questões quanto a higienização dos pacientes, horários a serem cumpridos na instituição, regras gerais de funcionamento, bem como abertura a possíveis dúvidas existentes

quanto ao tratamento e convívio, como nos é colocado:

[...]chama.. só um mês, todos os meses.. eles chama assim, no tempo que eu vim tinha um lugar pra ficar todo mundo rezava, cantava e tudo, todas essas coisas.. dando conselhos... sobre a família, perguntando como é em casa, com a família, com os amigos, com a família[...](B2)

[...] pra gente vir pra falar o que a pessoa quer que mude no CAPS, que ta achando, se está gostando da família que está vindo pro CAPS, e...pra falar de higiene, né?pra falar pra pessoa da família mandar o paciente pra cá, sempre mandar limpinho, é... que tome banho antes de vim, que e... só assim venham com a roupa limpa, não precisa ser a roupa nova, nem, nem uma roupa bonita, que venham limpinho, né? E venham com boa higiene pra cá [...](B1)

Santos et al (2000), relata semelhante situação em pesquisa no CAPS de MG, em que a participação da família ocorria de maneira não efetiva, restringindo-se apenas a reuniões em que se discutiam assuntos acerca da medicação e como lidar com situações próprias da doença. A participação familiar dentro do CAPS deve superar o papel de apenas objeto das ações, mas também transformar-se em sujeito de ações, que se envolva com a questão afim de promover o processo de reintegração e reinserção social bem como o resgate da sua cidadania.

As ações de enfermagem direcionadas a família, neste processo, fica restrita a intervenções de cunho coletivo, dentro dessas reuniões como também na administração e orientação destes e dos usuários quanto à medicação, como nos expõe as seguintes falas:

[...] este ano mesmo, a gente teve que passar muitos dias levando o rapaz daqui pra dá o medicamento pra ela, que ela só tomava

se fosse com ele, e eu acho muito bom assim[...](B1)

[...] minha mãe... quem ensinou foi as enfermeira daqui, aí foi aprendendo.. parece que ela tem um pouquinho de dúvida[...](B2)

Quanto a medicação, boa parte dos sujeitos mostram-se bem orientados quanto aos medicamentos e horários prescritos, podendo estar relacionado a esta orientação fornecida pela equipe de enfermagem.

Dentro do serviço do CAPS, o enfermeiro assume ações que vão desde intervenções pessoais até um nível coletivo, por meio de ações que atinjam a sociedade de um modo geral, não apenas dentro do ambiente do CAPS, mas também em escolas, unidades básicas de saúde, associações, instituições privadas e filantrópicas, afim de promover uma articulação no sentido de reinserir e reestabelecer as redes sociais perdidas pelo grande estigma carregado durante muito tempo pelo portador de transtornos mentais (BRASIL, 2004). O desafio é promover um ambiente acolhedor, que fortaleça as relações familiares por fim de indicar uma atuação nos fatores sociais envolvidos na questão da saúde mental desses indivíduos.

3.2.3 CATEGORIA 3: RELACIONAMENTO PACIENTE – FAMÍLIA

O relacionamento entre usuário e família possui uma oscilação entre um convívio marcado por atritos e um ambiente acolhedor. Os atritos mostram-se quando, em momentos de crises no passado ou presente, o estado do paciente não é compreendido e há uma ruptura de laços. Isso é demonstrado na seguinte fala:

[...]eu não conseguia compreender qual era o problema da minha mãe, não conseguia entender, não me interessava em procurar informações e tudo, e muitas vezes eu achava que a minha mãe, sei lá, era sacanagem dela, era ruindade mesmo dela, era coisa desse tipo[...](J5)

[...] mulher, eu, como ela não tava vindo mais por ela tava tendo essas crises, aí eu não tava sendo chamada[...](B4)

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2003), em um de seus textos, atribui a família o papel de formar os indivíduos, preparando-os para a vida na comunidade. Caso as relações nela estabelecida não sejam favoráveis, há um agravamento das demais relações que este indivíduo estabelece com a sociedade.

Há, entretanto, nos períodos entre crises e em alguns casos familiares a receptividade e compreensão são estendidas a estes indivíduos e os familiares passam a perceber, mesmo de maneira ainda incipiente, o seu papel num contexto bem maior então alavancado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Muitos passam a comparar e verem as melhoras sentidas em relação ao atendimento no CAPS em detrimento ao Hospital psiquiátrico:

[...]pelo menos aqui ela fica o dia e de tarde, vai pra casa, né? E lá ela passava os 45 dias assim,... eu achava assim,... às vezes, tem muita gente que vai e fica pior lá. Fica preso, longe da família[...](B4)

[...] desde que a gente chegou aqui né... que começou a fazer o tratamento, ela melhorou muito. Porque quando ela estava só em casa, ela fazia coisas, assim, muito absurdas, e a gente achava que não tinha mais jeito. Depois que ela começou a fazer o tratamento, ela melhorou 100%. A questão assim psicologicamente né... do comportamento, nas manias que ela tinha[...](B5)

O familiar, nestes casos, torna-se sensível ao novo paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, onde se tem a ruptura com o modelo anterior centrado na figura hospitalocêntrica, na exclusão social, no organicismo, e a mudança para uma abordagem baseada nos princípios de reinserção e reabilitação psicossocial.

[...]eu acredito muito pela prática que a gente tem essa questão do apoio, de muita gente não forçar, não assim, se meter no sentido da pessoa fazer com que se sinta inválida ou incapaz mas de ajudar, de promover a integração para que a pessoa se sinta segura pra se reintegrar mesmo. Eu acho assim, que é muito bom, muito bom mesmo, muito importante[...](J4)

[...] eu acho que as outras pessoas que estão de fora, entre aspas, também deviam procurar entender melhor o deficiente mental, procurar saber o que se pode fazer por ele e tudo. Na verdade, a palavra é, ser mais humano[...](J5)

Nestes relatos, percebe-se já a inclusão destes princípios preconizados pela reforma. Isso pode ser fruto de uma vivência mais próxima ao serviço bem como reflexo de intervenções da equipe ou do enfermeiro do serviço no processo de educação em saúde. Moreno & Alencastre (2003), colocam que se a família tiver um sistema de apoio deficitário e que não promova esta mudança de paradigma através do auxílio no atendimento ao paciente, a tendência é a repetição de internações e o retroceder de toda uma prática.

Quanto ao papel da família no processo saúde-doença destes indivíduos, grande parte explicita que é necessária a paciência, o acatar, o apoio emocional, a ajuda, para que a família contribua de maneira efetiva no processo de reabilitação, como colocam:

[...]eu acho assim.. que a gente tem paciente, família, aqui no CAPS, a gente tem que ajudar né? A dar medicamentos na hora certa, não confundir os medicamento, porque já atrapalha e eu acho que é isso[...](B1)

[...] quando ele ta muito assim, que eu acho que ele ta agoniado com alguma coisa, eu digo, meu filho, não é assim, eu tenho que ter paciência[...],que eu vejo que não vou falar mais alto, eu vou falar mais baixo do que ele.

Tenho pra mim isso comigo. Eu acho que eu tenho que falar mais baixo do que ele[...] (B6)

[...] acho que, antes de tudo, tem que ter paciência, que você tem que ter. porque não é fácil, não... porque quando a gente tem na família uma pessoa assim, a gente quer falar com as pessoas, as pessoas normal. Isso a gente não tem paciência porque não é nada fácil. Não é uma pessoa com a gente. Que é praticamente como se fosse uma criança, como se tivesse começando tudo de novo[...] (B5)

Moreno e Alencastre (2003), consideram que existe a necessidade de incentivos dentro de uma política maior em saúde mental que possibilite o acolhimento do paciente pela família, bem como a manutenção de uma rede de suporte como medidas compatíveis a desinstitucionalização.

3.2.4 CATEGORIA 4: LIMITAÇÕES

O processo de reforma psiquiátrica deve ser entendido com sendo dinâmico, e que envolve várias instâncias, sejam elas políticas, jurídicas, sanitárias, sociais e culturais. Como todo evento em construção, existem as suas limitações e fragilidades que acabam por não permitir o alcance das metas e propostas então almeçadas. Os serviços então estudados, como representantes desta dinâmica, não foge a estas debilidades, e como tais, são percebidas pelos familiares, como nas seguintes falas:

[...]assim.. é porque às vezes ela não quer vir porque eu acho que, se tivesse assim, ter um carro tem, mas sempre assim fosse buscar, assim pertinho, fosse buscar era melhor, porque às vezes ela não quer vir de pé porque ela ta cansada, porque ela tem um problema na perna, nos pés, nascendo um esporão[...] (B4)

[...]Jeu acho assim, que precisava de mais um médico especialista para o problem que as pessoas tem que vem pra cá[...] (B1)

[...]devia assim trabalhar melhor que eles trabalhem a coordenação motora, essas coisas, é isso aí. Que ter mais acompanhamento, tipo, aqui era pra ter .. dentista, estas coisas, ter mais um complemento, né?[...] (B5)

[...]como estrutura, como estrutura, é eles deixam a desejar, não por eles, por falta de ajuda, do governo, do incentivo, varia umas coisas, por eles não. Eles procuram dar o seu melhor. Falta estrutura mas é uma coisas que não é com eles, é a parte burocrática[...] (J5)

[...]o pessoal aqui é muito ocupado, entendeu? E assim, tem até uma precariedade, também sobre os profissionais aqui também, às vezes se divide até em dois turnos pra poder dá mais suplência à demanda de pacientes[...]tivessem mais contato com as pessoas[...]só que aqui é como eu falei, eles tiram leite de pedra, eles procuram fazer o possível e o impossível pra agradar gregos e troianos[...] (J5)

As reivindicações são norteadas por padrões, na maioria dos casos, assistenciais que podem ser respondidas pelos demais níveis de atenção em saúde. Cabe ao CAPS agora o papel de integrar estas instâncias, para que o acesso se efetive de fato. Figueiredo, Jorge & Rocha (1999), afirmam que no momento em que a família assume o cargo de participar ativamente do tratamento, esta estará contribuindo pra o processo de desmistificação do estereótipo de doente mental tão difundido pela sociedade. Desta maneira, cabe também a família a responsabilidade de engajar-se com o serviço e buscar mais que um projeto assistencial, mas uma transformação que promova a reestruturação dos modos de atenção ao doente mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se nos serviços ainda uma incipiente participação familiar dentro do processo de reabilitação e reintegração psicossocial. Isto foi demonstrado pela pouca ênfase e preocupação destes no reestabelecimento de redes sociais, processos estes que refletem os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ao mesmo tempo, notamos uma participação e entrosamento fragilizado entre o profissional de enfermagem e o grupo familiar. As atividades estavam restritas a reuniões entre equipe e membros da família, e o temas abordados apontavam apenas a aspectos ligados a assistência em si do usuário e não na articulação de todos em prol da reabilitação psicossocial. Assim, as ações terão impactos pontuais e pouca repercussão aos demais níveis de rede social, já que ficarão restritas apenas a serviço.

Cabe ao profissional de enfermagem fazer-se reconhecer por meio de ações ampliadas de educação em saúde que se estendam desde o usuário, família até sociedade em geral, criando laços afetivos, espaços de convivência e de cidadania. Isso trará impactos a sociedade a qual responderá com a abertura a estes indivíduos tão discriminados ainda hoje.

Desta forma, o enfermeiro desenvolverá um cuidado integral, atingindo desde o psicológico até o social, do indivíduo á família, da comunidade á sociedade como um todo. Fazendo isso, será uma forte ferramenta dentro da engrenagem que move a reforma psiquiátrica, gerando qualidade de vida, ou melhor, vida àqueles que por um longo tempo tem tido esta possibilidade furtada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org.). Loucos pela Vida - A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. Família, Saúde e Desenv.; v.1, n.1/2, p. 7-14, 1999.

ANGELO, M.; BOUSSO, R.S. Fundamentos da assistência a família em saúde, 2001. Manual de enfermagem [on line] Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem> [Capturado em 25 de outubro de 2006].

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília -DF : Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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, 2004. 86 p.

CARVALHO, I.M.M; ALMEIDA, P.H. Família e proteção social. Perspectiva. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 109-22, 2003.

ELSEN, I; ALTHOFF, C. R.; LAURINDO, A. C. Família: o foco de cuidado na

enfermagem. Rev. Texto & Contexto, Florianópolis: UFSC, vol. 7, n.2, 1998.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). Textos de Apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

FIGUEIREDO, JORGE & ROCHA. 1999.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

KIRSCHBAUM, D. I. R. & PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [online], v. 9, n. 5, 2001, p. 77-82, 2001.

MORENO, V. & ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, n. 37, p. 43-50, 2003.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N.R(Org). Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. p. 15-74.

SANTOS 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.

SILVA, Y.E. et al. Família e redes sociais: uso de práticas populares no processo saúde e doença. In SILVA, Y.F; FRANCO, M.C. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa Livro, 1996.

SIQUEIRA, M.M.; CASAGRANDE, L.D.R. Noções gerais sobre abordagem sistêmica: a ação educativa do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. v. 38, n. 1, p. 63-69, 1985.

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev. Latino-am Enferm. v. 13, n. 2, p. 173-179, mar-abri, 2005.

XXVI EREEn. Caderno de Textos. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005. p. 29-32.