ISSN 2317-5079



PESQUISA

As multifaces da desinstitucionalização psiquiátrica: percepção dos familiares

The multifaceted psychiatric deinstitutionalization: perception of family

La desinstitucionalización psiquiátrica polifacética: percepción de la familia

Márcia Astrês Fernandes[1], Gustavo Alves Marreiros[2], Aline Raquel de Sousa Ibiapina [3]

RESUMO

Este estudo teve como objetivos descrever a percepção dos familiares acerca da desinstitucionalização; discutir como essa percepção pode influenciar na reabilitação e na devolução da cidadania e analisar as implicações advindas com a reforma psiquiátrica para a dinâmica familiar. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os participantes foram 18 familiares responsáveis pelo cuidado dispensado aos pacientes que frequentam o CAPS. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada com a análise de discurso. O estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. No desenvolvimento da pesquisa emergiram três categorias: a percepção familiar do cuidar inserido na proposta da desinstitucionalização; a sobrecarga advinda da reforma psiquiátrica para o convívio domiciliar e a tentativa de reinserção social do usuário do caps. Notou-se uma satisfação dos usuários com relação ao atendimento, mas percebeu-se que o convívio familiar foi alterado o que acarreta sobrecargas emocionais e socioeconômicas. Diagnosticou-se um profundo despreparo familiar, o que leva ao padecer conjunto com a doença, como também o forte desejo manicomial imperando na sociedade. **Descritores:** Desinstitucionalização. Saúde Mental. Família.

ABSTRACT

The aims of this were to describe the perception reported by relatives about deinstitutionalization, discuss how this perception may influence the rehabilitation, return of citizenship, and analyze the resulting implications for psychiatric reform to family dynamics. This exploratory-descriptive study with a qualitative approach. Participants were 18 family caregivers dispensed to patients who attend the CAPS. A semi-structured interview technique was used in order to discourse analysis. This study was a research project approved by the Federal University of Piauí. The development of research emerged three categories: the family perception of caring inserted in the proposal of deinstitutionalization; overhead arising from the psychiatric reform for home conviviality and attempting probation user caps.: there has been a user satisfaction with respect to service, but it was realized that family life has changed which causes emotional and socioeconomic burdens. Was diagnosed deep unprepared family, which leads to joint suffering from the disease, but also a strong desire manicomial reigning in society. **Descriptors:** Desinstituconalização. Mental Health. Family.

RESUMEN

Los objetivos deste studio fueron **d**escribir la percepción reportada por familiares acerca de la desinstitucionalización, discuten cómo está percepción puede influir en la rehabilitación y la devolución de la ciudadanía y analizar las implicaciones resultantes de la reforma psiquiátrica en la dinámica familiar. Este estudio exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo. Los participantes fueron 18 cuidadores familiares dispensados a los pacientes que asisten a los CAPS. Una técnica de entrevista semi-estructurada se utilizó para el análisis del discurso. Este estudio fue un proyecto de investigación aprobado por la Universidad Federal de Piauí. El desarrollo de la investigación surgieron tres categorías: la percepción de la familia de cuidar inserta en la propuesta de desinstitucionalización; gastos indirectos derivados de la reforma psiquiátrica para la convivencia en casa y tratando de tapas de usuario de libertad condicional. Se há producido una satisfacción de los usuarios con respecto al servicio, pero se dio cuenta de que la vida familiar há cambiado, lo que hace que las cargas emocionales y socioeconómicos. Fue diagnosticado familia profunda sin preparación, que lleva al sufrimiento conjunta de la enfermedad, sino también un fuerte deseo manicomial reinante en la sociedad. **Descriptores:** Desinstituconalização. Salud Mental. Familia.

[1]Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: m.astres@ufpi.edu.br. [2]Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: gustavo2ug@gmail.com. [3]Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: alineraquel8@hotmail.com

ISSN 2317-5079

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que a saúde mental diferencia-se de acordo com cada cultura, em um dado momento histórico e em uma determinada população, permitindo pleno domínio das capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, como também o enfrentamento de dificuldades e a contribuição para as relações em sociedade. Portanto, fica explícito o caráter transdisciplinar da saúde mental, uma vez que essa é influenciada por várias dimensões, inclusive a dimensão social.

Segundo o Relatório Sobre a Saúde no Mundo, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os transtornos mentais e comportamentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população mundial em dada fase de sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os Países e sociedades e exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e da família (BANDEIRA, 2012). Essa alta incidência de manifestações de desordens mentais torna ainda mais comum à desestruturação do lar, provocando uma convivência desarmônica com o doente mental.

Com dados tão exorbitantes exigiu-se novas técnicas de abordagem na reintegração do doente mental. Com o pressuposto de atender essas necessidades foram ensaiados os primórdios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir desse novo paradigma, dá-se início ao processo de desinstitucionalização, o qual se baseia na garantia da reabilitação e da reintegração psicossocial da pessoa mentalmente adoecida. Nesse modelo o objeto do tratamento deixou de ser a doença e passou a ser o sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social (BANDEIRA, 2012).

No processo de Reforma Psiquiátrica defrontamo-nos com um apanhado de mudanças nas práticas, saberes, valorização social e cultural em torno do "louco" e da "loucura", mais especificamente promovendo políticas públicas para lidar com a questão. Frente a essas modificações, surgem novos programas governamentais (CAPS- Centro de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial, dentre outros) com o objetivo de desenvolver novas técnicas de tratamento fora dos manicômios, reiterando a proposta da Reforma Psiquiátrica de um tratamento humanitário frente às diferenças, com reinserção do doente na sociedade e integrando-o ao convívio familiar (BRAGANÇA, 2013).

Ao cumprirem-se as funções familiares primordiais eleva-se o potencial de promoção à saúde e o suporte familiar é uma manifestação de atenção, carinho e proximidade afetiva; servindo de armadura frente aos riscos das doenças mentais e um amortecedor contra os eventos estressantes. Solidificando-se como o principal pilar para o desenvolvimento humano (BANDEIRA, 2012).

Faz-se necessário, então, que a família e o doente recebam suporte para lidar com o imaginário da incapacidade e com a periculosidade do "louco", evitando os próprios preconceitos e os da sociedade, pois se acredita que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil, visto que os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Isso porque quando uma pessoa apresenta um problema mental não apenas ela sofre, mas também toda sua família e, assim, ambos precisam de apoio e acompanhamento (DORIGATTI et al.,2014).

Nesse contexto a família cumpre um papel social importante e indispensável na consolidação da Reforma Psiquiátrica, no entanto a formação

Fernandes, M. A.; Marreiros, G. A.; Ibiapina, A. R.S. profissional e a pressão da demanda assistencial concorrem para que o usuário continue na posição de ser o único a ser abordado em meio à complexidade da questão da psicose e a família continue sem ser tocada (FEITOSA et al.,2012).

Essa pesquisa justifica-se por contribuir para novas e eficientes estratégias de atenção à saúde mental voltada para o convívio familiar, visando reconhecer a importância fundamental da família no tratamento de pessoas com transtorno mental e assim compreender seu papel como mola propulsora da reforma. Como também aludir a importância de um cuidado com atuação na comunidade voltado para reinserção social e aquisição da cidadania.

Diante do exposto, foram elaborados os seguintes objetivos: Descrever a percepção dos familiares acerca da desinstitucionalização; Discutir como essa percepção pode influenciar na reabilitação e na devolução da cidadania e analisar as implicações advindas com a reforma psiquiátrica para a dinâmica familiar.

METODOLOGIA

O estudo deteve-se a uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada em um CAPS II situado na cidade de Teresina, capital do Piauí. Os participantes da pesquisa foram os familiares responsáveis pelo cuidado dispensado aos pacientes que frequentam o CAPS, regidos pelo tratamento intensivo ou semi-intensivo, perfazendo um total de 87 indivíduos, dos quais 25 são de tratamento intensivo.

Neste estudo foram considerados familiares aqueles que compartilham do cuidar do doente mental no domicílio, independentemente da existência do fator consanguinidade, todavia todos apresentaram este fator. Como critério de inclusão foram elegidos os que foram reconhecidos pela equipe como os responsáveis pelo cuidado dispensado ao doente mental e como critério de exclusão os pacientes que estiverem encarregados pelo seu próprio cuidado e aqueles familiares que cuidam de pacientes sem histórico de internação em hospitais Psiquiátricos. Realizou-se 18 entrevistas, devido ao ponto de saturação. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada.

Dentro das modalidades de análise de discurso selecionou-se a análise temática, que é a busca pela descoberta dos núcleos de sentido de uma comunicação. A análise temática desdobra-se em três etapas: na pré-análise, na qual ocorre a leitura exaustiva das entrevistas fundamentando-se nos objetivos iniciais; na exploração do material, em que se busca o recorte dos dados e os mesmos são agrupados por núcleos de sentido, buscando correlacionar à semelhança entre os mesmos e por último o tratamento dos resultados, no qual é obtido à interpretação e os núcleos de sentidos são correlacionados ao referencial teórico (MINAYO, 2006).

Todos os participantes que consentiram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) de número 0427.0.045.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Conforme a análise de dados, os participantes foram caracterizados e descritos através das seguintes características: faixa etária, sexo, escolaridade, renda familiar, tempo de tratamento e o número de internações do doente mental.

Ao caracterizar os familiares entrevistados percebeu-se que a grande maioria possuía como vínculo familiar a ligação maternal (33%), a relação fraternal com cinco entrevistas (28%), a relação paternal (11%) e as outras correspondem a 39%. Na Classificação Internacional de Doenças (CID) mais da metade dos entrevistados disponibilizam seus cuidados a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (56%), ainda aparecem depressão (17%), dependência química (11%) e um caso de epilepsia, transtorno bipolar e retardo mental.

A partir da temática contida nos discursos e correlacionando-as com os objetivos do estudo emergiram três categorias: A Percepção Familiar do Cuidar Inserido na proposta da Desinstitucionalização; A Sobrecarga Advinda da Reforma Psiquiátrica para o Convívio Domiciliar e A Tentativa de Reinserção Social do Usuário do Caps.

A Percepção Familiar do Cuidar Inserido na Proposta da Desinstitucionalização

Em frases simples quase todos depoentes expõem de forma clara e concisa sua gratidão com relação às propostas assistenciais do CAPS, com os quais se sentem acolhidos e respeitados. Isso se verbaliza das mais diversas formas como o simples relato de um bom dia por parte do funcionário, até a preocupação dos funcionários com o que está acontecendo dentro da estrutura familiar, como também a preocupação de inserir o paciente em atividades do serviço, provocando sensação de afeto e acolhimento.

> A assistência é ótima, quando ele chega todo mundo tem atenção com ele. (M3F)
>
> Depois que ele passou pra cá melhorou. (M2F)

O CAPS também proporcionou um menor tempo de espera com relação à consulta, como também se realiza um acompanhamento multidisciplinar, evitando que a família se desloque para mais de um lugar para realizar o devido acompanhamento. Além do que, os familiares passaram a conviver mais perto com o doente, percebendo a evolução e a melhora do quadro de uma forma positiva, e atribuindo essa conquista ao CAPS.

> Aqui no CAPS os funcionários tratam bem melhor, tem mais apego ao paciente, o pessoal trata com mais afinidade. Minha filha, ela mesmo se arruma cedo e diz eu quero ir para o CAPS, ela gosta do CAPS. Por que o CAPS é melhor? O funcionário se interessa pelo paciente, então ela vai se familiarizando, tudo que se passa no CAPS, ela chega falando lá em casa, sabe o nome dos funcionários, gosta daqui. (P1M)

Com vista a um atendimento humanitário em que a família se sinta inteiramente acolhida, o CAPS proporciona sensações de amparo, carinho e afeto. Perpassando o sentimento comum do tratamento biomédico, propondo um plano de atuação individual, respeitando características subjetivas, em conformidade com os princípios doutrinários do SUS (FORTES et al., 2015).

Com a descentralização da assistência à saúde mental, antes restrita aos hospitais psiquiátricos, o CAPS fica delimitado a uma população restrita. Com essa meta a população é beneficiada em termos de deslocamento para realização do tratamento. O que fica bem claro no depoimento dos familiares.

> Lá tinha que pegar ônibus pra ir pra lá, aqui é perto. (M2F)
>
> Mudei por causa da distância, fica mais perto para mim, eu trago ela duas vezes na semana. (I4F)

A reforma estimulou o atendimento das pessoas em sofrimento psíquico mais próximo da sua residência, em serviços funcionando de "portas abertas" na comunidade. Desta maneira, a equipe de saúde mental deve conduzir suas ações terapêuticas para promoção da reabilitação psicossocial dessas pessoas, sem romper os laços sociais (LACCHINI et al., 2015).

Alguns relataram dificuldade em termo de deslocamento, especialmente os cuidadores de pacientes que estão em crise. Pois, o CAPS não dispõe de um transporte para busca desses pacientes. A família é que se responsabiliza pelo transporte, o que acarreta desgaste emocional, tempo e ônus financeiro. E os que não estão em crise, os familiares são obrigados a deixar e buscar nos dias de internações.

> Era uma luta pra levar ele, às vezes tinha que gastar com táxi. (M2F)
>
> Aonde é que eu vou achar dinheiro para pagar um táxi para o CAPS duas vezes por semana. (M4F)
>
> Eu tenho muita dificuldade por que eu tenho que vir deixar e buscar ele, e só entregam o vale dele, tem vez que eu não tenho dinheiro que eu tenho que pegar emprestado. (E1F)

Em relação à vivência com internações, a grande maioria dos familiares demonstrou percebê-la como estigmatizante, como sinônimo de mau trato e de isolamento. Percebe-se claramente o repúdio ao tratamento hospitalocêntrico, evidenciado pelos mais diversos depoimentos, desde descrição detalhada das internações e as comparações com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

> Eu acho, eu que acompanhei e praticamente participei da internação, o CAPS tem uma grande diferença, por que a verdade tem que ser dita, eu tô falando a verdade, o senhor tá gravando e pode mostrar pra quem quiser no hospital o tratamento não é muito bom, eu vou falar não é por que alguém me falou é por que eu presenciei tá entendendo. O que acontece quando agente chega lá, o paciente toma aquele bocado de remédio e vai pra debaixo do pé de pau, as enfermeiras dão o remédio, ali o paciente fica de baixo daquelas árvores se quiser interagir com alguém é por conta própria, mas se já tá doente. Já no outro chegava muita gente dopada, violenta, gritando no desespero como é que o paciente vai ter um alívio, e aqui o ambiente é mais leve. (P1M)

O tratamento hospitalocêntrico era marcado pelo mau trato, pelo o enclausuramento do paciente, sem uma real preocupação com a melhora do quadro da psicose, mas sim o isolamento do "louco" sujeito de alta periculosidade do convívio com a sociedade. Com um corpo profissional insuficiente e desqualificado, o internado não era atendido nas suas necessidades fisiológicas, sujeitando-se a fome e a agressão por parte de outros pacientes. Além disso, era marcado pela punição física como meio de correção de conduta e pelo tratamento medicamentoso como meio contenção de agravos (LIBERATO, 2011).

Outros familiares manifestaram esclarecimento sobre a proposta da desinstitucionalização, mas manifestaram que é imprescindível a internação sobre circunstâncias agravantes. Principalmente quando o convívio fica insuportável, diante de crises auto agressivas ou manifestações de agressividade para com o próximo. Lançam-se mão desse recurso em último caso.

> A internação dela lá no hospital era só pelo fato dela tá agressiva, e não poder tá no meio das outras pessoas normais, mas lá não resolve nada. (S1M)
>
> Quando ele fica agitado é ruim, essa semana ele gritou bem alto, meu deus internar meu irmão de novo, eu não quero não. (I5F)

A falta de uma devida instrumentalização familiar sem recursos alternativos para lidar com situações críticas, aliado a um comportamento inadequado do familiar adoecido caracterizado por violência e agressividade; potencializado por um domicilio desprovido de recursos materiais, com uma renda muito baixa e uma intolerância dos demais familiares e da comunidade circunvizinha, aumenta o grau de dificuldade para a reabilitação, impossibilitando o convívio familiar, e subsequentemente surge o desejo de internação do doente mental.

Em conformidade com as portarias vigentes, o serviço deveria se ocupar de prestar assistência aos familiares. Contudo, vale destacar que a relação entre profissionais de saúde mental e os sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares, foi historicamente construído por meio de uma relação de distanciamento (MONIZ; COSTA; ORNELAS, 2013). A superação das contradições presentes no imaginário acerca da concepção da loucura implica em uma mudança de postura por parte de toda a sociedade inventando e recriando novas formas de cuidar.

Sobrecarga Advinda da Reforma Psiquiátrica para o Convívio Domiciliar

Pôde-se perceber uma imensa sobrecarga emocional decorrente da convivência familiar, com uma subsequente e astronômica necessidade de cuidado. Obrigando o familiar a um abrangente desprendimento de tempo, provocando abdicações das mais diversas naturezas; lazer, descanso e divertimento. O que os leva a sensação de destituição de si, ou seja, a sensação de não existência própria, de passar a viver para o outro.

> Eu não posso mais sair, se eu quiser passar o dia e a noite fora eu já não posso, já não era meu costume, eu só posso toma de conta da minha casa, e tem o meu marido. Às vezes eu vou à igreja e ele não quer ir, para eu ir é preciso o meu marido ficar com ele. (M2F)

A sobrecarga emocional é justificada pelo acúmulo de preocupação, o desconhecimento e a falta de controle sobre o que está por vir. A dedicação quase "exclusiva" ou "total" faz com que o cuidador deixe de ter existência própria, perca vínculos profissionais e sociais, diminua atividades de lazer, aumente a reclusão familiar. Assim, padece com a pessoa adoecida, perde perspectiva de vida, somatiza dores e entra num processo social desgastante (OLIVEIRA et al., 2015).

O impacto emocional fica evidenciado com o relato de problemas mentais no próprio familiar, como a depressão e a ansiedade. Caracterizado por sintomas como a constante tristeza, angústia e medo, o diagnóstico de transtorno mental é algo corriqueiro em uma determinada fase da vida do familiar.

> Tive que deixar de trabalhar para tomar de conta dele, fechei meu bar, estou cansada, fiquei até doente por que tinha que tomar conta dele e da minha menina. (M4F)

> Mudou, porque mudou pra melhor, ele fica lá no quartinho dele sossegado não tem aquele estresse. Antes eu tinha medo de ficar igual a ele, poxa quebrava tudo, minha família vivia assim num estado terrível. (I5F)

A doença mental tende a agravar conflitos já existentes, mas que antes eram internalizados ou resolvidos sem nenhuma dificuldade. O surgimento de conflitos, geralmente conjugais, está correlacionado ao desconhecimento com relação ao percurso da doença e a tentativa de achar um culpado para o surgimento da doença.

> São 20 anos de casamento não tinha confusão, depois dele é briga o tempo todo, quebra móveis. (P2M)

> Lá em casa eu e meu marido a gente discute o tempo todo, ele acha que descuidei dele e por isso ele adoeceu. (M5F)

A grande demanda de tempo exigida pelo cuidado do doente mental acaba por dificultar a relação de vínculo empregatício. O que aumenta a sobrecarga emocional para os familiares, gerando sentimentos de improdutividade. Essa dificuldade é bem evidente nas entrevistas realizadas cuja maioria se dedicava a atividades doméstica, e os que tinham emprego a maioria não seguia horários fixos de entrada e saída, dos quais somente quatro

Fernandes, M. A.; Marreiros, G. A.; Ibiapina, A. R.S. tinham vínculo empregatício com horários bem delimitados.

> Minha mãe às vezes pegava uma roupa para lavar, mas nunca mais pegou por causa dela. E eu não posso fazer nada, porque tenho que cuidar dela. (I2F)
>
> É porque eu não tenho tempo, porque aqui ele passa o dia, ai eu tenho que largar o meu emprego lá e vim buscar ele aqui, fica muito pesado para mim. (M5F)

A família é o núcleo social básico, que é o primeiro a ser mobilizado no processo de tratamento. Os problemas de uma família são demonstrados em relações interpessoais dentro do ambiente familiar e todos querem ajudar para libertar-se da angústia coletiva. Requer um esforço total para remodelar o funcionamento familiar, os antigos papéis e funções podem ser retribuídos ou abandonados com o aparecimento da doença (PORTUGAL; NOGUEIRA; HESPANHA, 2014).

Observou-se pelos depoimentos a supervalorização do tratamento biomédico, baseado no modelo assistencialista a base de medicação e cirurgias. Enaltecem o saber médico como definidor do destino do doente. Nota-se também que a medicação é vista como a salvação, capaz de proporcionar uma melhora do quadro comportamental.

Percebe-se que a doença mental afeta a vida familiar, a família fica fragilizada, suas relações internas e externas ficam totalmente comprometidas. A vida é vista sobre outro enfoque, muitos valores adquirem novos significados. A família é entendida como uns lócus de cuidado e afeto, apesar de surgir momentos de frustração e de tensão, mas é onde deve ocorrer o processo de reabilitação social, para isso deve-se prover um ambiente adequado (RIBEIRO, 2014; SANTOS, 2010).

Tentativa de Reinserção Social do Usuário do CAPS

É muito tímida a reinserção social do doente mental, pois essa atividade não depende exclusivamente da família, do usuário e do serviço de saúde. Para exercer uma cidadania ativa a sociedade possui um papel fundamental, eliminando o preconceito que permeia o doente mental. Acaba que toda aquela sobrecarga advinda da reforma para o convívio familiar, já discutida anteriormente, influência de forma negativa e determinante no processo de reabilitação.

Na maioria das entrevistas notou-se a tentativa de reinserção do doente em atividades diárias, varrer uma casa, lavar uma louça ou uma roupa. Tentativa, estas, que se relaciona a dificuldade de aceitar a improdutividade, e a sobrecarga social que à família é imposta por ser estruturalmente diferente.

> "Minha filha ocupa sua mente, pega uma vassoura, vai varrer ao menos seu quarto, pega sua roupa vai dobrar, vai lavar sua roupa. Não tenho coragem não mãe." (M4F)
>
> "Tem vez que ele pega uma vassoura para varrer a casa, eu falo para ele lavar uma roupa, mas ele não quer, eu caminho com ele, ele gosta muito de caminhar, tem que ter paciência com ele às vezes eu vou para igreja com ele e ele me deixa sozinho, vem se embora." (M5F)

É frequente o isolamento do doente, como um quarto afastado da casa, uma casa separada, na tentativa de uma maior independência. Mas no fundo o familiar age com a finalidade de proteger o convívio familiar sem precisar realizar bruscas modificações, e até mesmo para satisfazer o seu preconceito. Acha que o isolamento vai evitar situações constrangedoras. E outros influenciados pela superproteção evitam o vínculo do doente com o corpo social, as atividades se restringem ao convívio familiar, o que acarreta maior

Fernandes, M. A.; Marreiros, G. A.; Ibiapina, A. R.S. dependência em relação à família e solicita uma demasiada atenção.

> Eu fiz um quarto para ele, mas ele dorme mais no quarto da irmã dele. (M5F)
>
> Eu tenho medo que ele saia, para ninguém machucar ele, então eu compro aqueles DVD, de Hip Hop é, ele gosta dessas coisas. (A1F)
>
> Tem um quarto que foi modificado para ele, tem a cama dele a televisão, ali é o pedaço dele, minha irmã tem o quarto de costura na frente, e lá no quarto dele ele sai quando quer, lá é dele ele faz o que quer. (I5F)

O processo de reabilitação tem muito a ver com a casa, lugar de acolhimento que atende demanda material e afetiva do indivíduo em integração com a dinâmica familiar, considera-se existir diferença fundamental entre estar e habitar um lugar. Estar relaciona-se com a ausência de poder de decisão e obtenção de espaços. Habitar como lugar de trocas afetivas onde a contratual idade sobre a organização material e simbólica dos espaços e dos objetivos existe (ROSA; FEITOSA, 2012; RUIZ et al., 2013).

Quando o ambiente é acolhedor, ele possibilita as pessoas expressarem seus sentimentos, dando-lhes oportunidade para vivenciarem outras experiências, havendo então um efeito positivo. Caso contrário esse ambiente pode fortalecer uma atitude adoecida em vez de estimular a recuperação da pessoa (SILVA et al., 2012).

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu constatar que a maioria dos familiares percebe a proposta assistencial da desinstitucionalização como algo positivo que se reflete em respeito, afeto, acolhimento e desejo de promover efetivamente a inserção do doente mental no seio familiar e social. E entre as vantagens mais citadas relacionou-se a acessibilidade às consultas e ao acompanhamento multidisciplinar realizadas pelo novo modelo de serviço, o CAPS. Mostraram esclarecimento sobre a proposta, mas manifestaram ainda carecer de mais instrumentalização para lidar com as situações extremas, ponderando a necessidade de internação em casos graves.

A pesquisa possibilitou perceber o desconhecimento com relação à doença, de como agir em hora de crises como também ficou evidenciado a presença de preconceito. Para isso, a família precisa de informações específicas para o seu ente, e não informações generalizantes para um portador de transtorno mental. Exigindo-se, do serviço assistencial, o conhecimento da dinâmica familiar, de sua realidade e de seu cotidiano, uma porta de entrada para tal conhecimento pode ser através da realização sistemática de visitas domiciliares. Importa ressaltar, neste sentido, que urge uma melhor articulação do CAPS com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para consolidar mais a atenção dispensada aos familiares.

Entretanto, todavia, para uma verdadeira reabilitação psicossocial é necessário à atuação de outros atores sociais, além da família, do usuário e do profissional, bem como, necessita dizimar o desejo asilar e o imaginário da periculosidade e da incapacidade do louco. Por isso, que é crucial a continuação da Reforma Psiquiátrica com o envolvimento dos mais diversos atores.

REFERÊNCIA

BANDEIRA, M. Desinstitucionalizaçao ou transi nstitucionalização: lições de alguns países. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 6, n. 2, p. 171-182, 2012.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização: Estão os profissionais de psicologia preparados? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 373-384, 2012.

Fernandes, M. A.; Marreiros, G. A.; Ibiapina, A. R.S.

BRAGANÇA, O. A. **Desinstitucionalização do doente mental**. 2013. 185f. Dissertação [Mestrado em Educação Social] - Escola Superior de Educação de Bragança, Bragança, 2013.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa de saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

DORIGATTI, A. E. et al. A unique therapeutic project in the mental health field: an experience on an undergraduate medical course. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 113-119, 2014.

FEITOSA, K. M. et al. (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 1, p. 40-54, 2012.

FORTES, F. L. S. et al. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 117-125, abr., 2015.

LACCHINI, A. J. B. et al. A enfermagem e a saúde mental após a Reforma Psiquiátrica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 565-568, 2013.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 212-222, 2011.

MONIZ, M. J. P. V.; COSTA, D. N. O. B.; ORNELAS, J. H. P. Desinstitucionalização de seniores com doença mental: A implementação de um modelo de transição e integração na comunidade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.2, n. 10, p. 8-13, 2013.

OLIVEIRA, C. S. A. A. et al. A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. **Informativo Técnico do Semiárido**, v.9, n.1, p.15-26, 2015.

PORTUGAL, S; NOGUEIRA, C; HESPANHA, P. How Disease Weaves Webs: An Analysis of Social Networks in Mental Illness Care. **Dados**, v. 57, n. 4, p. 935-968, 2014.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 174-182, 2014.

ROSA, L. C. S; FEITOSA, L. G. G. C. Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios. **Sociedade em Debate**, v. 14, n. 2, p. 135-152, 2012.

RUIZ, V. S. et al. François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica/Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 3, p. 855-877, 2013.

SANTOS, S. A. R. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2010.

SILVA, A.T. M. C. et al. A propósito da diversidade, cultura e saúde mental: novas dimensões para a compreensão da loucura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 435-438, 2012.

Submissão: 27/11/2015

Aprovação: 22/08/2016