

Dimensão psicossocial do cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio

Psychosocial dimension of the mental health care performed by the family in the domicile

Dimensión psicossocial de el cuidado en salud mental realizado en la familia en el domicilio

Eliane LAVALL¹, Agnes OLSCHOWSKY²

RESUMO

Objetivo: apresentar a avaliação do cuidado em saúde mental realizado no domicílio pela família na dimensão psicossocial. **Métodos:** estudo avaliativo, qualitativo, tipo estudo de caso. Os sujeitos do estudo foram 10 familiares, com boas condições de comunicação e vínculo com a Estratégia Saúde da Família em estudo. Coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas entre 11 de agosto à 09 de outubro de 2009, sendo submetidos a análise do Método Comparativo Constante. O projeto foi aprovado pelo CEP da prefeitura municipal de Porto Alegre pelo parecer 371. **Resultados:** a dimensão psicossocial aparece como um organizador do cuidado em saúde mental realizado no domicílio, integrando aspectos como: proximidade e relação de trocas, dedicação, responsabilidade, cidadania, autonomia, desenvolvimento das capacidades, lazer, inserção social. **Considerações finais:** o cuidado no domicílio possibilita a construção de um cuidado ampliado a integral, devendo ser valorizado e incorporado à construção da atenção psicossocial. **Descritores:** Saúde mental; Avaliação em saúde; Família.

Abstract

Objective: to evaluate the mental health care performed in the domicile by the family. **Methods:** study with evaluative and qualitative approach, study of case type, with 10 families, with good communication conditions and link with Family Health Strategy (unit) of study. The data collection was done by means semi-structure interviews between August and October 2009, and the analysis was performed through the Constant Comparative Method. The approval was from the CEP of Porto Alegre - RS (371). **Results:** the psychosocial dimension appears as an organizer of the mental health care done at home, integrating aspects such as proximity and terms of trade, dedication, responsibility, citizenship, autonomy, capacity of development, leisure, and social inclusion. **Conclusion:** the evaluation showed that the care performed by the family in domicile must be appreciated and incorporated in the construction of the psychosocial attention. **Descriptors:** Mental health; Health evaluation; Family.

¹ Enfermeira. Mestre. Professora do curso de Enfermagem da Univates de Lajeado - RS, Brasil. E-mail: elivall2@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Doutora. Professora titular do departamento de orientação profissional do curso de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre - RS, Brasil. E-mail: agnes@enf.ufrgs.br

Resumen

Objetivo: evaluar el cuidado en salud mental realizado en el domicilio por la familia. **Métodos:** el estudio es evaluativo, con abordaje cualitativo, tipo estudio de caso con 10 familias, buenas condiciones de comunicación y vínculo con la Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas entre agosto y octubre de 2009, después fue sometido al análisis de Método Comparativo Constante. Parecer de aprobación de la CEP de Porto Alegre - RS (371). **Resultados:** el cuidado en el domicilio se organiza en la dimensión psicosocial, lo que posibilita la construcción de un cuidado ampliado a integral. **Consideraciones finales:** la evaluación mostró que el cuidado realizado por la familia en el domicilio debe ser valorado e incorporado en la construcción de la atención psicosocial. **Descriptor:** Salud mental; Evaluación en salud; Familia.

INTRODUÇÃO

Este artigo versa sobre avaliação do cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio.¹ É um subprojeto da pesquisa “Avaliação da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família” (MENTAL-ESF), financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e coordenada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Entende-se que a atual política de saúde mental, mediante o modelo de atenção psicossocial, orienta o cuidado ao indivíduo com doença mental além dos muros hospitalares, dando maior ênfase aos recursos centrados no território e preocupando-se com o cotidiano e com a inserção do usuário na família e na sociedade. Nesse contexto, a família adquire maior visibilidade, sendo percebida tanto como sujeito que auxilia na construção dos

cuidados, quanto potencializadora de recursos que promovam ações de saúde. Assim, o cuidado em saúde mental centra-se na pessoa com diagnóstico psiquiátrico, no espaço familiar e social, valorizando a vivência cotidiana, a participação da família, suas relações e contatos nos diferentes contextos de vida.

A família que há muito tempo era vista como culpada pela doença e responsável pela internação do seu familiar adoecido, passou a ser protagonista e aliada dos serviços de saúde no cuidado. Ela busca ampliar os recursos disponíveis em seu ambiente social, facilitando as intervenções que vão considerar a subjetividade e as necessidades do indivíduo com diagnóstico de doença mental.²

Desse modo, as famílias tornam-se parceiras no cuidado em saúde mental, porque são os elos mais próximos, com informações sobre a experiência de cuidar seu familiar adoecido, e a vivência da doença e

suas repercussões na vida cotidiana. Dessa forma, percebe-se o quanto é significativa a proposta da integração entre família, seu modo de cuidar no domicílio e a equipe no cuidado em saúde mental, pois pode facilitar a busca de novos modos de intervenção e de apoio por meio de seus vínculos com outros atores e setores do território.

Entende-se que o cuidado realizado pela família e a convivência no domicílio possibilitam a exploração de territórios inusitados e a mobilização de recursos terapêuticos adormecidos, possibilitando problematizar os recursos e serviços substitutivos, além do alinhamento desses dispositivos às diretrizes de integralidade e intersetorialidade do SUS.³

Olhar o cuidado em saúde mental realizado no domicílio pela família a partir da dimensão psicossocial se coaduna com a necessidade de se considerar e acolher a subjetividade, anseios, dúvidas, medos e desejos da pessoa doente e sua família. Nessa perspectiva, a família juntamente com seu familiar adoecido passa a ser principal protagonista do tratamento e, por meio do cuidado realizado no domicílio, das vivências e experiências com o entorno social, poderá criar um cuidado que lhe é próprio, agenciando novas ações de saúde mental no território conjuntamente com a rede de serviços de Saúde, entre estes, a ESF.

Esse modo de cuidar muda a perspectiva de tratamento centrado na doença, direcionando-se à pessoa e às possibilidades de construção de projetos de vida, envolvendo práticas de cuidado desenvolvidas nos espaços cotidianos, por onde a pessoa circula e convive com a família, a vizinhança, os amigos, entre outros. Neste contexto, a ESF se torna relevante, pois possibilita práticas de promoção a saúde mental e cuidado integral a partir da articulação de recursos e dispositivos da rede de atenção psicossocial em conjunto com a família.

Neste artigo temos como objetivo apresentar a avaliação do cuidado em saúde mental realizado no domicílio pela família na dimensão psicossocial.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa consiste em um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, em que foi realizada uma avaliação do cuidado realizado no domicílio pela família, desenvolvida a partir da Avaliação de Quarta Geração⁴, adaptada por Wetzel (2005).⁵ Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista, responsiva, com abordagem hermenêutico-dialética.

A Avaliação de Quarta Geração constitui-se uma possibilidade metodológica no campo da avaliação dos serviços e programas de saúde, uma vez que possibilita o acesso a dimensões pouco passíveis de serem

apreendidas por mediações e indicadores e que, no entanto, têm grande influência no que se refere ao seu bom ou mau funcionamento. Além disso, essa metodologia permite um controle do processo e dos resultados da avaliação compartilhados pelos avaliadores e pelos grupos de interesse, no caso deste estudo, os familiares.⁵

Nesse tipo de avaliação as reivindicações, preocupações e questões dos familiares serviram como foco organizacional (a base para determinar que informação fosse necessária) na construção do Círculo Hermenêutico- Dialético.⁴

A construção do círculo iniciou-se com a seleção de um respondente inicial (R1), sendo realizada uma entrevista com questões norteadoras sobre o cuidado em saúde mental no domicílio. Os temas centrais, conceitos, ideias, valores, problemas e questões propostas por R1 foram analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, designada C1. Em seguida, um segundo respondente (R2) foi convidado a responder as questões norteadoras. Após, introduziram-se os temas da análise de R1, e R2 foi convidado a comentá-los. A entrevista com R2 produziu informações não apenas sobre R2, mas, também, críticas às demandas e construções de R1. O pesquisador completou a segunda análise (C2), surgindo construções baseadas em duas fontes. Este processo foi se repetindo por

meio da adição de novos informantes, sendo entrevistados todos os familiares participantes desse estudo. Deste modo, a análise dos dados ocorreu concomitante à coleta.⁵

O estudo foi desenvolvido junto a uma Estratégia Saúde da Família, localizada no município de Porto Alegre. Associa-se a escolha do local a realização da disciplina Estágio de Docência na Graduação I, do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS e a atuação da pesquisadora no território por meio do projeto de extensão nas atividades do grupo de familiares e usuários da ESF.

O grupo de interesse foi constituído por 10 familiares cuidadores de pessoas com transtorno mental que recebem atendimento nesse serviço. Trata-se de uma escolha intencional, em que os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram: ter boas condições de comunicação e vínculo com a ESF ; ser cuidador de familiar com transtorno mental grave que recebe atendimento em saúde mental na ESF.

A coleta de dados foi realizada através da entrevista individuais no domicílio, no período de 11 de agosto a 9 de outubro de 2009, seguindo os princípios Círculo Hermenêutico-Dialético.⁴

A aplicação prática do processo da Avaliação de Quarta Geração apresenta etapas para seu desenvolvimento⁴, que consistem em: contato com o campo, organização da

avaliação, identificando os grupos de interesse, desenvolvendo construções conjuntas, ampliando as construções conjuntas, preparando a agenda de negociação e executando a negociação.

A reunião de negociação dos dados ocorreu em uma escola localizada próximo a ESF. Nesta etapa o material analisado, a partir das entrevistas, foi apresentado aos participantes da pesquisa, possibilitando-lhes o acesso às informações obtidas, visando a validação e/ou modificação das informações obtidas durante a coleta de dados. As negociações terminam quando algum consenso é atingido em cada demanda não-resolvida. Nesta pesquisa, o consenso sobre as unidades de informação apresentadas na negociação foi atingido após as discussões.

Para a análise dos dados foi utilizado o Método Comparativo Constante⁴, em que a análise e a coleta de dados ocorrem concomitantemente. A análise ocorreu em duas etapas: identificação das unidades de informação e categorização.

Neste estudo, foram observados os aspectos éticos e legais para pesquisa que envolva seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.⁶ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Parecer Nº 371, Processo

001028648099. Para preservar o anonimato, os entrevistados foram indentificado pala letra F (familiar) e N(negociação).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dimensão psicossocial do cuidado em saúde mental no domicílio

Os resultados da pesquisa¹ indicam que o cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio envolve três dimensões: psicossocial, afetiva e clínica. Entende-se que tais dimensões são inseparáveis, se entrecruzam, dando dinamicidade à construção de um cuidado ampliado e integral. Neste artigo, será apresentada a dimensão psicossocial do cuidado.

No modo de atenção psicossocial, o cuidado contrapõe-se ao modelo asilar, sendo realizado em outros locais que não o interior das grades e muros do manicômio. Esse cuidado centra-se no território onde são criados novos dispositivos de assistência para as pessoas com transtornos mentais. Essa forma de cuidar muda a perspectiva de tratamento centrado na doença, direcionando-se à pessoa e às possibilidades de construção de projetos de vida. O cuidado em saúde mental envolve práticas assistenciais desenvolvidas nos espaços cotidianos, por onde a pessoa circula e convive com a família, a vizinhança, os amigos, entre outros.

Na dimensão psicossocial constata-se que o cuidado em saúde mental realizado pela família no domicílio se organiza pela proximidade, buscando a autonomia, cidadania e inserção social, ou seja, é na convivência diária com o sujeito em sofrimento psíquico que se aprende a fazer e cuidar em casa. Isso ocorre mediante trocas entre quem cuida e quem é cuidado. O cuidado no domicílio se faz no convívio de subjetividades que se encontram e desencontram, sendo produto das relações, das demandas e das necessidades que se mostram operadoras dessa ação.

Eu sei o que eles gostam de comer, o que eles gostam de fazer, é tudo eu, sabe. [...] Aí que vai aprendendo como cuidar, as coisas que ele gosta, o jeito dele, tu vai aprendendo a conhecer, tu vai no dia-a-dia [...] no dia-a-dia, é aquilo que eu digo, depois de tu conhecer, tu sabe, tu vai com jeitinho, com amor, tu consegue. [...] É uma situação que a gente já convive, aquilo ali, dos anos que a gente já convive, a gente já sabe, conhece ele bem (F8).

A centralidade na pessoa é avaliada como o modo de organizar o cuidado no domicílio, permeado e entrelaçado pelos vínculos, pelas relações afetivas, pelos recursos sociais, econômicos e culturais. Há proximidade, há convívio que acolhe as singularidades e, assim, há

produção do cuidado em saúde mental no espaço do domicílio. É na proximidade da convivência diária que a família aprende a cuidar em casa, por meio de trocas entre quem cuida e quem recebe cuidado.⁷

O cuidado realizado no domicílio revela as particularidades das ações, constituindo-se nas relações de cada momento singular, pois adquire o modo daquele ambiente conhecido, da casa, dos objetos, das pessoas com as quais convive.

[...] ele vai dizer e eu faço as vontades. Aí depois, quer dizer, que nisso aí tem uma troca. Eu obedeço 30% e ele também 30% (F3).

As trocas entre aquele que cuida e aquele que é cuidado são consideradas importantes na realização do cuidado no domicílio, em que cada um se compromete com uma parte do todo e, desse modo, se negocia a construção da convivência diária na família para realizar o cuidado. O que se espera é uma reciprocidade de compromisso no cuidado, o que exige respeito, reconhecimento e aceitação dos desejos, das dificuldades, das diferenças e das facilidades de estarem próximos e conjuntamente convivendo e assumindo a responsabilidade de cuidado em saúde mental no domicílio.

A potencialização das relações de troca entre sujeitos possibilita incorporar estratégias de aproximação

e efetivação de práticas resolutivas e voltadas para o modo de vida de cada usuário, pois as necessidades de saúde estão contextualizadas no modo e na condição de vida de cada sujeito, no direito à singularidade e o direito às tecnologias de melhoria da vida.⁸

Os familiares também avaliam a necessidade de dedicação para realização do cuidado no domicílio, buscando o melhor modo de agir e fazer em casa, sem definir se o cuidado está certo ou errado, mas fazendo aquilo que considera melhor.

Tem que cuidar da melhor forma possível, tem que cuidar, [...] deve ser da melhor forma possível (F8).

O cuidado no domicílio implica envolvimento diário e esforço do cuidador em fazer constantemente aquilo que ele consegue e visualiza como sua melhor capacidade para aquele momento. Não se direciona por um saber técnico e prescrito para uma ação de cuidar, mas se faz pelas possibilidades e recursos do ambiente familiar, ou seja, realizar “os mimos” de estar em casa, de ouvir a música que gosta, de deitar no sofá da sala, usar determinada roupa e, assim, agenciar trocas e negociar a responsabilidade de cuidar em casa.

Os entrevistados também avaliam que o cuidado no domicílio envolve responsabilidade:

Tem que ter responsabilidade. Tu não pode simplesmente ter

uma pessoa com problema contigo e tu não dar a mínima. Tu tem que saber que a pessoa mesmo estando ali bem, ela precisa de ti. E tu tem que estar ali disponível, responsável (F9).

O cuidado no domicílio, sob a perspectiva psicossocial, enfatiza a responsabilização do cuidado de forma mútua entre usuário, família e serviço na tentativa de minimizar os efeitos deletérios da doença mental e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas. Esta co-responsabilização é uma parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos diferentes atores envolvidos nesse processo.⁸

Considera-se que o cuidado no domicílio se organiza na perspectiva da subjetividade das pessoas envolvidas nessa ação, por meio das trocas sociais que possibilitam aproximações de um novo fazer, o qual deve ser aproveitado na atenção psicossocial. Não há uma receita pronta que ensine as práticas de cuidado cotidiano no domicílio. A família aprende a cuidar no dia-a-dia, construindo seu próprio saber que deve ser aproveitado na construção da atenção psicossocial.

Neste sentido, é preciso considerar a criatividade da família que cuida no domicílio, flexibilizando as intervenções prescritas pelos

profissionais, pois se a proposta é a parceria, o que lhe dará valor são a troca e a consideração daqueles que convivem com quem necessita de cuidado em saúde mental.⁷

Na ESF em que foi realizado este estudo, a parceria entre família e ESF ocorre através de visitas domiciliares, grupos conjuntos entre equipe, familiares e usuários, e atividades em diferentes locais da comunidade como associação de bairro, clube e escola.

O tipo de cuidado aqui analisado busca o desenvolvimento da cidadania da pessoa com doença mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Visa, também, a autonomia e a reintegração da pessoa com transtorno mental na família e na sociedade.

Os entrevistados avaliam a cidadania como uma ação de cuidado no domicílio porque percebem as capacidades de seu familiar, independente das limitações que o acometem, derivadas de seu transtorno mental.

Todo mundo tem que botar na cabeça que é uma pessoa que tem suas limitações, mas é uma pessoa praticamente normal (F4).

Tem que tratar ela como outra pessoa qualquer. [...] Se tu tratar ela como os outros, ela

vai se sentir melhor e assim eu acho que a doença vai se manifestar de forma diferente (F9).

Tratar a pessoa com transtorno mental de modo semelhante a qualquer membro da sociedade é produzir condições para o exercício de cidadania. Isso implica entender que o cuidado no domicílio é organizado, inserido em uma sociedade em que se estabelecem relações diferentes entre as pessoas de acordo com os lugares sociais, reproduzindo, desse modo, desigualdades. Entende-se que não há reforma psiquiátrica sem a garantia da cidadania na vida das pessoas em sofrimento psíquico.⁹

O conceito de cidadania conduz a um processo, mediante o qual a sociedade precisa estar ativamente envolvida na emancipação de seus indivíduos mais frágeis. Isso exige uma tomada de consciência em relação aos excluídos em geral e, em particular, sobre a situação dos indivíduos em sofrimento psíquico. Transformações como estas ocorrem por meio de pequenas lutas cotidianas que restabelecem o poder contratual dos usuários, propiciando mudanças direcionadas à sua inserção na sociedade.¹⁰

A discussão sobre “tratar como uma pessoa normal” foi considerada, na reunião de negociação, como prover atenção e dedicação à pessoa que necessita de um cuidado diferenciado – nesse caso, uma patologia psiquiátrica.

Eu não me importo, ele precisa, aí eu posso orientar ele, falar as coisas para ele, eu até gosto [...] Então vai me dizer que é igual a pessoa normal? Não dá para tratar como normal, ele tem dificuldades, é diferente, é teimoso, a gente precisa cuidar, dar atenção (N).

Evidencia-se, aqui, a ideia de equidade na realização do cuidado em saúde mental, pois o modo de atenção exige do cuidador familiar o respeito à pessoa e à sua individualidade, associado à compreensão de que seu familiar adoecido tem necessidades diferentes.

A equidade é um dos pilares das práticas de saúde desenvolvidas no território pelo SUS e propõem tratar os desiguais de forma desigual, priorizando intervenções conforme as necessidades das pessoas.¹¹ Acredita-se que o cuidado realizado no domicílio pode facilitar essa prática, pois a ação ocorre no micro espaço, onde todos se conhecem, se relacionam, lidam e convivem com recursos próprios que podem potencializar modos diferentes de atenção em saúde mental e devem ser aproveitados na ESF.

Nesse sentido, a abordagem psicossocial propõe consolidação de práticas de liberdade, de dignidade, de respeito e o direito à cidadania, o que envolve a invenção de um novo modo de cuidar que não se reduza ao objeto doença, mas a valorização do

contexto e das situações de vida de cada pessoa.

Os familiares cuidadores avaliaram o exercício e o desenvolvimento da autonomia como parte do cuidado em saúde mental realizado no domicílio.

A tia agora ela é bem independente, então ela faz tudo sozinha. Ela vai sozinha em todos os lugares, pega o ônibus sozinha, visita as amigas dela. Então não tem problema nenhum [...] questão de cuidados assim ela é bem independente, ela toma remédio, mas ela é bem independente (F9).

A atenção domiciliar se apresenta como uma das possibilidades de desenvolver a autonomia dos usuários na medida em se que oferece condições de parceria para a família e construção de cuidado mútuo com a equipe de saúde. Entretanto, o cuidado realizado no domicílio não garante que a produção de autonomia, pois a questão da tutela ainda se encontra muito presente.¹²

Entende-se que cidadania e autonomia caminham lado a lado, possibilitando à pessoa com transtorno mental ser um sujeito com direitos e deveres políticos e sociais, protagonista da sua própria história de vida e do seu tratamento em saúde mental.

Os entrevistados declararam que desenvolver “as capacidades” do seu

familiar em casa, os fortalece como pessoas que gerenciam sua vida cotidiana. Há um reconhecimento de que são sujeitos produtivos independente da patologia psiquiátrica.

Eles têm capacidade [...] eu acho que tem que ser tratado como uma pessoa capaz nesse sentido. Senão eles ficam totalmente inúteis. [...] Incentivar a capacidade da pessoa, que por ser doente, ele não é totalmente incapaz, alguma coisa ele é capaz (N).

Assim, ter alguns limites devido à doença mental não significa ser incapaz. Pelo contrário, todas as pessoas têm capacidades, as quais devem ser aproveitadas para viver sua vida. Desse modo, o cuidado à pessoa com transtorno mental não pode se restringir às suas limitações, pois, quando ela não consegue realizar alguma atividade é necessário que se explore o potencial que ela tem em si, muitas vezes não percebido pelas pessoas que a conhecem e com as quais convive.

Incentivar o desenvolvimento das capacidades é avaliado como importante ação de cuidado no domicílio, porque é no cotidiano das pessoas, nos diferentes espaços em que convive e interage, que se gera amplitude ao cuidado e se favorece a reabilitação psicossocial, constituindo-se em novos modos de atenção em saúde mental. Isto porque a reabilitação psicossocial considera o

sujeito no seu contexto, dentro das condições reais – que lhe possibilitam desenvolver habilidades – dos recursos existentes no meio social, do aumento das articulações sociais do sujeito com o ambiente.

Assim, no presente estudo avalia-se que, além do estímulo das capacidades e potencialidades do sujeito, a reabilitação insere-se em um processo que envolve trocas e articulações sociais no cotidiano do cuidado, seja na família ou na comunidade mais ampla. As trocas estabelecidas entre o cuidador e o sujeito cuidado devem ser aproveitadas na construção do cuidado integral na ESF como norteador de práticas que se processam em conjunto, pois todos os envolvidos têm algo a dar e a informar.

Os familiares cuidadores avaliaram que a inserção social faz parte do cuidado realizado no cotidiano, envolvendo atividades de lazer, trabalho, convívio:

Isso aí eu acho válido, se tivesse atividades, nem que fosse uma vez por semana [...]. Isso ali teria que ser um coisa, uma atividade, nem que fosse esportiva. Teria que ter um lugar assim, que ele pudesse ir (F8).

Por que tu inserir as pessoas que tem essa dificuldade, essa doença seria muito melhor. Facilita o dia a dia da pessoa,

daquela que tem mais dificuldade e da vida da família (F9).

Estimular atividades de lazer, fazer o que gosta e se distrair, podem produzir sentimentos de bem-estar, de aceitação social, facilitando a construção, o fortalecimento de laços sociais e a integração na sociedade. Assim, a família pode promover, por meio de sua rede de relações, novas conexões para seu familiar adoecido, porque as considera prazerosas e se transformam em benefícios para o cuidado em saúde mental – esses novos contatos revelam alguém com poder em relação ao espaço social.

Nesse sentido, o cuidado cotidiano da família envolve a lógica da inclusão social em que a doença mental deve ser compreendida além da sua dimensão biológica. A criação de dispositivos de lazer na comunidade transpõe os limites estabelecidos para o manejo clínico e biológico dos transtornos psíquicos, pois incorpora em sua práxis ferramentas de construção e participação coletivas voltadas para reinserir o usuário na sociedade, facilitando a superação de desafios que tornam-se corriqueiros na vida das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares cuidadores.¹³ Essa práxis possibilita a construção de novos sentidos e, conseqüentemente, de novas formas de lidar e se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico.¹⁴

Assim, ESF deve estimular o cuidado realizado pela família no domicílio, pois propõe práticas de saúde mental de forma integral, vinculando o conceito de saúde mental aos conceitos de cidadania e produção de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de atenção psicossocial tem possibilitado a construção do cuidado no território por meio de uma rede de cuidados que envolve a família na condição de protagonista e o domicílio, como um espaço de cuidado, permitindo a ampliação das ações de saúde mental no território.

Este estudo buscou avaliar o cuidado em saúde mental realizado no domicílio pela família, sendo que no processo avaliativo constatou-se que o cuidado na dimensão psicossocial possibilita a construção de um cuidado ampliado e integral.

Na dimensão psicossocial, o cuidado se organiza, a partir da convivência cotidiana, pela proximidade, buscando a autonomia, cidadania e inserção social. É na proximidade da convivência diária que se aprende a fazer e cuidar em casa, por meio de trocas entre quem cuida e quem é cuidado. Esse cuidado, no domicílio, se faz no convívio de subjetividades que se encontram e desencontram, sendo produto das relações, das demandas e das necessidades que se revelam operadoras dessa ação.

Portanto, a abordagem psicossocial propõe consolidação de práticas de liberdade, de dignidade, de respeito e o direito à cidadania e à autonomia, o que envolve a invenção de um novo modo de cuidar que não se reduza ao objeto doença, mas congregue a valorização do contexto e situações de vida de cada pessoa.

Assim, não há uma receita pronta que ensine as práticas de cuidado cotidiano no domicílio. A família aprende a cuidar no dia-a-dia, construindo seu próprio saber que deve ser aproveitado na construção da atenção psicossocial. É preciso considerar a criatividade da família que cuida no domicílio, flexibilizando as intervenções prescritas pelos profissionais, pois se a proposta é a parceria, o que lhe dará valor são a troca e a consideração daqueles que convivem com quem necessita de cuidado em saúde mental.

Essa avaliação contribuirá para o processo de trabalho da ESF, implementando estratégias de cuidado, a fim de qualificar e facilitar as ações de saúde mental no território e os apoios e suportes necessários ao usuário com transtorno mental e seu familiar. O cuidado em saúde mental no domicílio também pode facilitar a aproximação das equipes da ESF com as famílias, buscando, conjuntamente, estabelecer modos de atenção em saúde mental, fortalecendo estratégias para a promoção de ações psicossociais no território.

REFERÊNCIAS

1. Lavall E. Família e o cuidado de saúde mental realizado no domicílio: um estudo avaliativo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
2. Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev esc enferm USP. 2008;42(1):127-34.
3. Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. Mental. 2013 jul/dez;10(19):267-85.
4. Guba E, Lincon Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
5. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta Geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface comunic saúde educ. 2009 out/dez;13(31):343-55.
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
7. Olschowsly A, Lavall E, Camatta MW. Família e o cuidado em saúde mental. In: Marcolin JF, Castro RCBR. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Desafios e possibilidades

do novo contexto do cuidar. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

8. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Souza FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Cienc saude colet*. 2011 jul;16(7):3051-60.

9. Kantorski LP, Eslabão AD, Coimbra VCC, Willrich JQ, Nunes CQ, Guedes AC, et al. Cidadania e o direito à saúde nos serviços residenciais terapêuticos. *Rev enferm UFSM*. 2013 maio/ago;3(2):326-34.

10. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cienc saude colet*. 2009 jan/fev;14(1):297-305.

11. Granja GF, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Cienc saude colet*. 2013 dez;18(12):3759-64.

12. Cortês LAS, Silva MVO, Jesus ML. A Atenção domiciliar em Saúde Mental realizada por estagiários de psicologia no programa de intensificação de cuidados. *Psicologia: teoria e prática*. 2011 ago;13(2):76-88.

13. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Filha MOF. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cad saude publica*. 2013 out;29(10):2028-38.

14. Willrich JQ, Kantorski LP, Antonacci MH, Cortes, Chiavagatti FG. Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Rev bras enferm*. 2014 jan/fev;67(1):97-103.

Publicação: 20/12/13

Data da submissão: 11/11/13

Aceito: 30/11/13