



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JULIAN DE MACEDO BEZERRA

**A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

CUITÉ-PB

2015

JULIAN DE MACEDO BEZERRA

**A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, apresentado a banca examinadora para análise e parecer.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

CUITÉ-PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B574m Bezerra, Julian de Macedo.

A maternidade na perspectiva de mães de usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). / Julian de Macedo Bezerra. – Cuité: CES, 2015.

54 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Dra. Gigliola Marcos Bernardo de Lima.

1. Saúde mental. 2. Maternidade. 3. Cuidar - usuários. I.
Título.

CDU 613.86

BANCA EXAMINADORA

**TÍTULO: A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Aprovado em: 04 de Março de 2015

Local: Centro de Educação e Saúde - UFCG

MEMBROS EXAMINADORES:

Profª. Drª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Orientadora- UFCG/ CES/UAEnf

Profª MsC. Alynne Medonça Saraiva Nagashima
Examinadora UFCG/UAEnf

Profª Drª. Izayana Pereira Feitosa
Examinadora UFCG/ CES/ UAS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por ter me proporcionado força e coragem para concluir uma etapa importante em minha vida, guiando-me durante toda a caminhada realizada com muito esforço e dedicação.

Aos meus pais, Aurea Lene de Macedo Bezerra e Pedro José Bezerra, eu agradeço pelo amor e dedicação de não terem medido esforços para que eu chegasse até aqui. Por me ensinarem a ter fé e a caminhar com firmeza. Obrigada por tudo. Meu Amor eterno e infinito a vocês.

A toda minha família, irmãos, tios, avós, primos, que direta ou indiretamente contribuíram com a minha formação pessoal e acadêmica.

Ao meu amor, companheira de todas as horas, Kamilla Rayane, que me acompanhou ao longo dos cinco anos de curso, pela compreensão e paciência, por estar ao meu lado sempre.

À professora e orientadora, Gigliola Bernardo, pelos ensinamentos desde o início do curso. Obrigado por toda paciência, atenção e dedicação em me orientar neste trabalho e pela disponibilidade de sempre. Você tem toda minha admiração, respeito e gratidão pela profissional dedicada e pessoa iluminada que és. Muito Obrigado!

Às participantes da Banca Examinadora, Professoras Ms. Alynne Mendonça e Dr^a. Izayana Feitosa, que se disponibilizaram a participar da banca, contribuindo com opiniões e sugestões de grande relevância para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Coordenadora e Psicóloga do CAPS Cuité-PB, Dr^a. Socorro, pelo acolhimento e disponibilidade em ajudar e contribuir com este trabalho, e as mães dos usuários, participantes da pesquisa, por compartilharem comigo suas histórias de vida. Sem a contribuição de vocês este trabalho seria inviável.

Aos meus colegas e amigos de curso pela convivência durante todos esses anos de universidade e pela amizade que levaremos para o resto da vida.

A Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Centro de Educação e Saúde (CES) e a todos os funcionários, obrigado pela atenção e acolhimento e por terem contribuído de alguma forma para minha formação profissional.

A todos os docentes, pessoas essenciais para minha formação acadêmica, pelos ensinamentos e exemplos de vida passados durante esses cinco anos de curso.

Aos campos de estágios e aos funcionários que me acolheram, ensinaram e contribuíram para o meu desenvolvimento teórico-prático, a toda equipe da UBS Abílio Chacon em Cuité-PB e a toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) na atenção hospitalar, em Campina Grande-PB.

BEZERRA, J. M. **A maternidade na perspectiva de mães de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (2015)**. Universidade Federal de Campina Grande. Centro de Educação e Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Cuité – PB. 53 p.

RESUMO

A maternidade, por si só, envolve uma intensa reorganização psicológica da mãe durante a gravidez e ao longo da vida de seu filho. A mãe precisa elaborar seus sentimentos em relação à gravidez e ao filho, buscando adaptar-se frente a esse papel e às mudanças na família. Quando a maternidade vem acompanhada de um filho com sofrimento mental, esse momento da vida da mulher se torna ainda mais complexo e desafiador. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo conhecer e analisar a experiência da maternidade na perspectiva de mães de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O caminho metodológico desta pesquisa se embasou na abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva a luz do Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre e Lefèvre (2005). A coleta foi realizada no período de janeiro de 2015, onde foram entrevistadas 7 mães. Ao final do estudo pode se destacar de forma geral, que as mães tiveram uma visão limitada acerca da percepção da experiência da maternidade, visto que, na maioria das vezes foi desvendada apenas ao sentimento de surpresa, tendo a maternidade sido gerada numa atmosfera sem planejamento prévio, mas diante do fato, surgiu um sentimento de realização e felicidade para essas mulheres. O Centro de Atenção Psicossocial investigado no estudo apresentou-se como um serviço de fundamental importância para o acompanhamento da maternidade junto ao sofrimento mental. Sem este serviço de referência certamente a maternidade diante do sofrimento mental se comportaria de forma mais impactante e pesada. Outro ponto importante foi a busca da fé em Deus como apoiador desse processo de sofrimento entre a maternidade e a loucura. A religiosidade e a fé são geralmente bálsamos para as tristezas humanas, não diferentes nesta pesquisa. Entende-se que é preciso empoderar cada vez mais essas mulheres diante do processo de cuidar, visto que junto aos atores do CAPS, a mãe é uma das cuidadoras mais importante nesse processo. Também é preciso um olhar melhor sobre elas, pois, não basta tratar apenas o indivíduo com sofrimento mental, e sim todo o contexto familiar em volta do mesmo, melhorando a assistência voltada principalmente à figura da mãe, que, na maioria das vezes, é a principal cuidadora.

Descritores: Maternidade, Saúde Mental, Cuidar.

BEZERRA, J. M. **Motherhood in users mothers perspective of a Psychosocial Care Center (2015)**. Federal University of Campina Grande. Education and Health Centre. Work Completion of course. Cuité - PB. 54 p.

ABSTRACT

Motherhood in itself, involves an intense psychological reorganization mother during pregnancy and throughout the life of your child. The mother needs to work out his feelings about pregnancy and child, seeking to adapt forward to this role and to changes in the family. When motherhood comes with a child with mental suffering, this time of a woman's life becomes even more complex and challenging. Thus, this study aims to understand and analyze the experience of motherhood in users mothers perspective of a Psychosocial Care Center. The methodological approach of this research is embasou the qualitative approach of exploratory-descriptive light of the Collective Subject Speech by Lefèvre and Lefèvre (2005). Data collection was conducted from January 2015, were interviewed seven mothers. At the end of the study may be highlighted in general, that mothers had a limited view about the perception of motherhood experience, since most of the time was unveiled just the feeling of surprise, taking maternity been generated in an atmosphere without planning prior, but before the fact, came a sense of accomplishment and happiness to these women. The Psychosocial Care Center investigated in the study presented himself as an extremely important service for tracking of motherhood with the mental suffering. Without this reference service certainly motherhood before the mental suffering would behave in a more impactful and sorrowful way. Another important point was the search for faith in God as a supporter of this process of suffering between motherhood and the madness. The religion and faith are generally balms for human sorrows, no different in this research. It is understood that it is necessary to empower more and more these women on the care process, as with the actors, the mother is one of the most important caregivers in this process. You also need a better look at them, because it is not enough to treat only the individual with mental suffering, but all the family context around it, improving assistance aimed mainly to the mother figure, which, in most cases, is the main caregiver.

Keywords: Maternity, Mental Health Care.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Distribuição de faixa-etária e profissão entre as colaboradoras do estudo. Cuité-PB, Janeiro, 2015.....	32
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como foi a descoberta da sua gravidez?.....	32
QUADRO 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Qual o significado da maternidade para você?.....	33
QUADRO 3 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como é para você lidar com o sofrimento mental em seu cotidiano?.....	35
QUADRO 4 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Que estratégias você faz uso para superar as barreiras que o sofrimento mental do seu filho traz?.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo geral	15
1.2.2 Objetivos específicos	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 Breve resgate histórico da Psiquiatria	17
2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	20
2.3 Contexto Familiar e Sofrimento Mental	23
3 METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de Estudo	27
3.2 Local do Estudo	27
3.3 População e amostra	27
3.4 Critérios de Inclusão.....	28
3.5 Instrumento para coleta de dados	28
3.6 Procedimentos para coleta de dados	28
3.7 Análise dos dados	29
3.8 Disposições éticas	30
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
6 REFERÊNCIAS	41

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

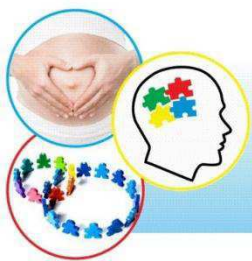
APÊNDICE B - Instrumento para Levantamento de Dados

APÊNDICE C - Declaração de compromisso do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética



Introdução

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser definida como ausência de distúrbio mental ou comportamental; um estado de bem-estar psíquico em que o indivíduo alcançou integração satisfatória de suas tendências instintivas aceitáveis, tanto para si como para seu meio social. Os termos, transtorno mental ou sofrimento mental, apontam a existência de um conjunto de sintomas psíquicos ou de alterações no comportamento, que em geral estão associados a sofrimento psicológico e prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa (SANT'ANA, 2007).

Historicamente, o papel da maternidade foi construído como uma grande conquista para a mulher, caminho de plenitude e realização da feminilidade, associado a um sentido de renúncia e sacrifícios prazerosos. No final do século XVIII, e principalmente no século XIX, a mulher aceitou o papel da boa mãe, dedicada em tempo integral, responsável pelo espaço privado, privilegiadamente representado pela família (BORSA; FEIL, 2008).

A mulher é biologicamente pré-determinada a gestar e foi criada, desde os tempos primitivos, para cuidar da prole. A maternidade se configurou ao longo da história, como a única função valorizada socialmente, desde os tempos remotos da humanidade e que se estendeu até meados do século XX, função esta que permitia à mulher ser reconhecida e valorizada. Assim, ser mãe seria pertencer a uma classe especial, ter uma posição de aparente prestígio dentro da sociedade (BORSA; FEIL, 2008).

A atenção à saúde da mulher foi centrada historicamente na função reprodutiva, sobretudo durante a gravidez e o parto. No século XX, na década de 70, o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI) apresentou uma política que pretendia proteger o binômio mãe-filho. Nos anos 80, o governo reconheceu a luta feminista pela ampliação do cuidado a esta população criando o Programa de Assistência Integral a Mulher (PAISM). Na tentativa de melhorar a qualidade do serviço, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), tendo como principal objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal e garantir qualidade e humanização da assistência ao parto e puerpério (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

A maternidade, por si só, envolve um intenso trabalho psicológico da mãe desde a gravidez e especialmente ao longo dos primeiros meses do bebê. A mãe precisa elaborar seus sentimentos em relação à gravidez e ao filho, buscando adaptar-se frente a esse papel e às mudanças na família. Nesse período de transição para a maternidade e até o primeiro ano do

bebê, a mãe encontra-se em um funcionamento psíquico particular que revela preocupações e sentimentos voltados para quatro temáticas específicas: vida-crescimento, relacionar-se primário, matriz de apoio e reorganização da identidade (GONÇALVES; PICCININI, 2008).

Para compreender o impacto do sofrimento mental na infância e no psiquismo dos pais, deve-se remeter ao período da gestação, em que vai se desenvolvendo uma imagem ideal do bebê - o bebê imaginário. Os desejos, as necessidades narcisistas e a percepção dos movimentos, das atividades, dos tipos de reação que o feto tem são a base dessa representação. No entanto, quando o bebê não corresponde às expectativas por causa de uma enfermidade, mães e pais podem ficar muito abalados e não serem capazes de responder às necessidades do filho adequadamente, desencadeando sentimentos de fracasso e desilusão. Em situações como essa as representações da mãe sobre seu bebê se alteram, dificultando a imaginação quanto ao futuro da criança e a avaliação do que acontece no presente.

De acordo com Favero-Nunes, et al (2010) o reconhecimento de uma deficiência física e/ou mental em um membro da família pode desencadear sobrecarga emocional. Os pais são confrontados com uma situação nova, que exige reajustamento e desperta fantasias específicas. O desejo fantasiado da gestação precisa de uma adequação àquele que nasce e que tem características próprias. A condição especial da criança requer que os pais encarem o luto pelo filho idealizado e providenciem formas de ajustamento a esta realidade.

Com o processo de desinstitucionalização, o indivíduo com transtorno mental deixou de ser atendido exclusivamente em hospitais psiquiátricos e passou a ter outras opções de tratamento. Ocorreu uma reconfiguração da atenção em saúde mental, com vários avanços obtidos neste processo, destacando-se: o acesso aumentado à atenção em saúde mental, a redução do número total de leitos dos hospitais psiquiátricos e a implantação de ações de saúde mental na atenção primária, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços, que no ano de 1998 eram 148 em todo o Brasil, em junho de 2010 perfaziam o total de 1.541, enquanto o número de leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS), que em 2002 era de 51.393, reduziu-se para 35.426, distribuídos atualmente em 208 hospitais psiquiátricos (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Segundo Silva e Santos (2009) a partir do processo da desinstitucionalização, os cuidados ao sofrimento mental voltaram a ser responsabilidade da família. No entanto, a mudança paradigmática não ocorreu em paralelo a uma reorganização do modelo de assistência em saúde mental. Com isso, os cuidadores veem-se despreparados para desempenhar as funções que lhes cabem e, ainda, estão pouco amparados pela rede de saúde.

Tal quadro tem levado a um aumento, nas últimas décadas, do número de pesquisas que buscam conhecer o impacto do transtorno mental na família, objetivando a obtenção de conhecimento para o atendimento das novas necessidades dessa clientela.

Para atuar junto às famílias de pessoas em sofrimento mental é importante que o enfermeiro conheça e compreenda a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que, a partir daí, possa planejar a sua assistência conforme a necessidade desses familiares. O trabalho do enfermeiro na rede de atenção psicossocial envolve parceria com o cliente e a família, para atender as múltiplas facetas do transtorno mental (SANT'ANA et al., 2011).

A aproximação com o tema proposto surgiu a partir da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, onde pude estagiar por alguns dias em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, desde então, me veio a curiosidade de saber como as mães dos usuários convivem e se relacionam com seus filhos desde a maternidade até se tornarem usuários de um serviço como este acima citado. Assim, com o estudo almejo compreender e aprofundar o conhecimento acerca da temática proposta e assim poder identificar as dificuldades e empecilhos encontrados por essas mães, desde a descoberta durante a gravidez ou após o nascimento até os dias atuais. Nesse sentido, segue a questão norteadora desta pesquisa: Como é ser mãe de um indivíduo com sofrimento mental?

A realização desta pesquisa se justifica pelo fato desta buscar refletir sobre a importância de um melhor empoderamento de mães diante do processo de cuidar ao filho em sofrimento mental, envolvendo não só o indivíduo, mas os familiares e cuidadores que estão a sua volta. É importante compreender, enquanto estudante e futuro profissional de saúde, como essas mães se sentem no papel de genitora e cuidadora de uma pessoa em sofrimento mental, fazendo com que as dificuldades e preconceitos sejam enfrentados e superados, possibilitando a melhoria da qualidade de vida das mães e de seus filhos.

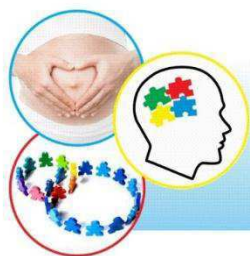
1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

- Conhecer a experiência da maternidade na perspectiva de mães de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.2.2 Específicos

- Conhecer a percepção da maternidade na perspectiva de mães de usuários do Caps I;
- Analisar os sentimentos vivenciados por mães diante o sofrimento mental do seu filho;
- Identificar as estratégias de enfrentamento de mães de filhos em sofrimento mental em seu cotidiano.



Referencial Teórico

2. REFERENCIA TEÓRICO

2.1 Breve resgate histórico da Psiquiatria

A loucura, assim como a forma de silenciá-la, sempre existiu ao longo dos tempos. O poder das instituições visava garantir o isolamento e a exclusão daqueles que perdiam a razão, perturbavam a ordem do espaço social e a honra das suas famílias. O silêncio só era rompido, dentro dos muros destas instituições, com os gritos de tortura, dor, humilhação e com as mais diversas barbáries a que estas pessoas eram submetidas (FOUCAULT, 1997).

Na Grécia antiga, pode-se afirmar que a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, ela era considerada até mesmo um privilégio, pois ressaltavam a existência de uma forma de loucura tida como divina. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas, isso não quer dizer que essas pessoas fossem consideradas normais ou iguais, mas que eram portadoras de uma desrazão que prevaleceu por muito tempo até de desfazer na Antiguidade Clássica (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

No final da Idade Média era a figura do leproso que representava o castigo divino e se espalhava rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Entretanto, com o fim das Cruzadas e a ruptura com os focos orientais de infecção, a lepra retira-se, deixando aberto um espaço que deu lugar à figura do louco (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

No século XVII, devido à exacerbação do racionalismo científico que o caracterizou, a loucura era vista como perda da razão, da vontade, do livre-arbítrio e como desajuste da moral, cuja cura deveria ser a estabilização do acometido num tipo social e moralmente aceito. Assim surgem os grandes asilos, instituições concebidas para recolher, alojar, isolar, alimentar e abrigar os loucos, os pobres, os criminosos e todos os que não se adequassem às normas sociais, sendo não raro castigados fisicamente com o intuito de se comportarem bem através da aplicação do “tratamento moral”. Neste sentido, o asilo tinha por função não o tratamento, mas a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando à segregação social e não a cura (DE TILIO, 2007).

Segundo Teixeira *et al.* (2001), surgiu na França no início do século XIX Philippe Pinel, médico psiquiatra que revolucionou a assistência aos doentes mentais. Porém, a mesma assistência, neste período, continua baseada no modelo custodial e norteadada por vigilância, restrição e contenção. De Tilio (2007, p.03) complementa essas informações dizendo que:

Para Pinel os loucos deveriam ser tratados e não surrados, deveriam ser reeducados em sua moral e reinseridos na comunidade quando curados. O pensamento pineliano se inseriu no contexto de pressões sociais da Revolução Francesa: internar sem perspectivas de tratamento constituía privação da liberdade e desrespeito aos direitos dos homens.

As críticas ao modelo asilar iniciaram-se durante e após a Segunda Guerra Mundial, quando ocorreram novas reformulações da assistência psiquiátrica: a Psiquiatria Institucional na França, a Comunidade Terapêutica na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. Elas propunham a transformação do espaço manicomial, o retorno dos internos às suas famílias e comunidade, e a criação de serviços alternativos. Essas experiências continuaram tendo o manicômio como referência para o tratamento. O movimento da Psiquiatria Democrática na Itália, liderada por Franco Basaglia, no final dos anos 70 em Trieste, propôs o fechamento dos manicômios e a criação de serviços substitutivos. Esse movimento fez com que a sociedade passasse a ser a responsável pelo cuidado da saúde mental da sua população. Este foi o movimento que inspirou vários outros pelo mundo, inclusive o do Brasil (AMARANTE, 2007).

Somente no período pós-guerra desponta um cenário propício para o surgimento dos movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade. O modelo hospitalocêntrico começa a sofrer questionamentos em vários países, apontando para a necessidade de reformulação. Alguns desses movimentos colocavam em questão o próprio dispositivo médico psiquiátrico e as instituições a ele relacionadas, como exemplo, a experiência de Franco Basaglia nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, as quais tinham como principal referência a defesa da desinstitucionalização (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Uma importante questão nessa concepção de reforma diz respeito ao conceito de “doença mental”, o qual passa a ser desconstruído para dar lugar a nova forma de perceber a loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação com o corpo social. O processo histórico do lidar com a loucura no Brasil teve peculiaridades que o distinguem bastante daquele observado na Europa. A atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real. Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, entre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem sociais (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

No Brasil, a psiquiatria apresentou quatro períodos em sua história. O primeiro período foi de (1500-1817), e se caracteriza pela recente descoberta do Brasil, “onde a loucura

não era considerada uma doença”. O segundo período, de (1817-1852), foi representado pela vinda da família real para o Brasil, e neste a loucura passa a ser percebida e a receber tratamento. O terceiro período é marcado pela significativa mudança no tratamento aos doentes mentais, onde estes passam a ser recolhidos dos espaços públicos e iam para um lugar restrito, destinado a eles, o hospício. Ocorre nessa época também, “a criação de vários asilos e a Assistência Médica Legal aos Alienados” em 1890. O quarto período se inicia em 1890 e vai até 1941. É caracterizado pela formação de novas instituições que faziam a função de retirar “os loucos” das ruas e de encontrar métodos na tentativa de curá-los (COSTA, 2005, p.28).

A partir da década de 1970, surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, que busca substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas, científicas, jurídicas, assim como modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas em sofrimentos mentais. No entanto, na prática, não se encontra uma aplicação efetiva das diretrizes desse modelo. As propostas expressam em seus objetivos uma preocupação em reduzir o número de pacientes internados e o tempo de internações dos mesmos, além de conter referência à participação das famílias e das comunidades na assistência em saúde mental, porém os papéis que competem a cada um destes parceiros não são ainda bem definidos ou mesmo compreendidos (PEREIRA, 2003).

A crise da assistência psiquiátrica aguçou-se e tomou força quando, em 1979, o Governo, por ocasião das eleições, perdeu força e legitimidade, iniciando-se, então, a processo de abertura política. É neste contexto de redemocratização interna, e com articulações ao nível internacional que se desenvolve o movimento dos trabalhadores de saúde mental. Esse movimento englobou progressivamente diversos setores sociais preocupados com o tipo de assistência psiquiátrica que se prestava no Brasil e, de conquista em conquista, paralelamente à reforma sanitária que também estava em construção, desembocou no que veio a se constituir como a Reforma Psiquiátrica (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006)

No período de 1992 a 2001 houve a implementação da estratégia de desinstitucionalização no Brasil, através da organização da assistência hospitalar, com o processo de desospitalização e a expansão do modelo assistencial de base comunitária. Este período foi influenciado pelo compromisso que as lideranças da América Latina assumiram em Caracas em 1990 e que previa a substituição dos manicômios por serviços substitutivos, a ampliação dos direitos dos sujeitos com transtorno mental e a garantia da permanência destes na comunidade (VASCONCELOS, 2008).

No ano de 2001 foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 10.216, depois de vigorar durante 12 anos na esfera federal. Ela determinou a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, a proteção e a garantia dos direitos dos sujeitos com transtorno mental (BRASIL, 2004a; VASCONCELOS, 2008).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº224/1992, propôs que a família fosse incluída em todos os serviços de saúde mental. Esta portaria foi atualizada pela Portaria GM 336/2002, mas os objetivos quanto à família são os mesmos: dar assistência a ela, inseri-la no cuidado ao sujeito e oferecer cuidados a ela também (BRASIL, 2004).

Ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado houve avanços importantes do processo de reforma, com importantes indicadores de transformação da assistência e que representaram iniciativas institucionais bem-sucedidas na formatação de um novo tipo de atenção em saúde mental. São elas: o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Programa de Volta para Casa (SOUZA; BRAGA, 2006).

O CAPS é considerado o principal serviço substitutivo ao manicômio e à internação psiquiátrica. Foi estratégico quanto à organização da rede de atenção à saúde mental no Brasil. É um serviço de saúde aberto e comunitário, considerado o lugar de referência e tratamento para as pessoas com sofrimentos mentais graves e persistentes, que precisam de cuidados intensivos e especializados. Objetiva incentivar e favorecer a reinserção social do sujeito, o contato e o fortalecimento dos vínculos com a família e comunidade (BRASIL, 2004).

2.2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de sofrimentos mentais (BRASIL 2004).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas

que sofrem com sofrimentos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Visa prestar atendimento em regime de atenção diária, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, promover a inserção social dos usuários através de ações inter setoriais. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (BRASIL 2004).

A estrutura física dos CAPS deve contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado. Deverão contar com os seguintes recursos físicos: consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade), sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes (BRASIL, 2004).

Com relação à expansão do CAPS no Brasil, ao final de 2002, existiam 424 CAPS e a cobertura em saúde mental era de 21%. Em dezembro de 2010 o Brasil tinha 1620 CAPS e 66 % de cobertura. O período de dezembro de 2006 a dezembro de 2010 é marcado por uma maior interiorização dos serviços (BRASIL, 2011).

Atualmente, existem 1.035 unidades de CAPS I, 475 unidades de CAPS II e 82 unidades de CAPS III no país. Dentro destes níveis há outra especificação: o CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), existindo 308 unidades no país e o CAPS i (Centro de Apoio Psicossocial Infantil), com 196 unidades no país, além de Serviços Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Leitos de atenção em álcool e outras drogas e Escola de Redução de danos (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim,

estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com sofrimentos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com sofrimentos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL 2005).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % o dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (BRASIL, 2005).

O CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A experiência acumulada em serviços que já funcionavam segundo a lógica da atenção diária indica que se ampliam as possibilidades do tratamento para crianças e adolescentes quando o atendimento tem início o mais cedo possível, devendo, portanto, os CAPSi estabelecerem as parcerias

necessárias com a rede de saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado da população infanto-juvenil (BRASIL, 2004).

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004).

Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, como tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, atendimento individualizado a famílias, atividades comunitárias como festas e passeios, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004)

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho na atenção primária. Os familiares podem participar, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. (BRASIL, 2004).

2.3 Contexto Familiar e Sofrimento Mental

A família é responsável pela procriação, formação e socialização dos seus integrantes. No entanto, em situação de adoecimento mental ela necessita de uma rede social de apoio para o enfrentamento de problemas que atingem o seu bem estar. As transformações da sociedade, especialmente, com a pós-modernidade têm implicado em mudanças importantes na organização e dinâmica das famílias (SILVA, 2012).

Os familiares de indivíduos em sofrimentos mentais, a partir do momento que se deparam com esta situação, sofrem uma significativa mudança em suas vidas, tendo que se adaptarem constantemente às novas formas de condução do seu dia-a-dia. Toda esta mudança

repercute sobre vários aspectos do estilo de vida de cada família acometida por esse transtorno. Dados os sofrimentos enfrentados pelas famílias, as equipes de saúde mental devem, para além do doente, incluí-las no processo de cuidado à saúde (SANT'ANA et al., 2011).

A presença de um membro da família com sofrimento mental exige do grupo familiar uma nova organização e ainda a aquisição de habilidades que podem, num primeiro momento, desestruturar as atividades diárias dos familiares. No entanto, essa quebra da cotidianidade da dinâmica familiar pode ser positiva para o desenvolvimento do grupo, através de uma maior aproximação entre os familiares com maior responsabilização com a pessoa adoecida, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio (SILVA, 2012).

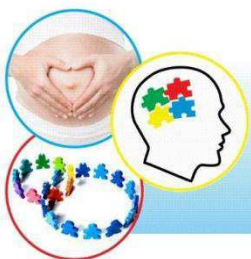
Os sofrimentos mentais tendem a ter uma duração prolongada, apresentam recidivas de manifestações agudas, e ainda carregam uma imagem de incapacitação e estigmatização impostas pela sociedade. Isto gera uma sobrecarga de ordem física, emocional e econômica para as famílias, implicando em alterações na dinâmica familiar, comprometendo inúmeros aspectos do viver social da família como lazer, saúde, capacidade produtiva, vida social, entre outros (SILVA, 2012).

Com a permanência dos pacientes em casa, passaram a fazer parte da rotina familiar: garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação; acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar (SANT'ANA et al., 2011).

O trabalho da equipe junto à família implica em ajudá-las em termos da estruturação, o da sua vida cotidiana no convívio com seu familiar, dando o suporte na elaboração de estratégias de cuidado para o melhoramento de sua performance no enfrentamento do transtorno mental no contexto de vida. Isto implica esclarecer sobre as propostas terapêuticas, compartilhar informações sobre diagnóstico, medicação, o que fazer em situação de crise, dentre outros aspectos (SILVA, 2012).

Portanto, o que se entende por intervenção junto a essas famílias é significativamente uma parceria, não com a intenção de cura ou de restabelecer a situação anterior, seja do adolescente ou de sua família, mas, com o intuito de construir, na interlocução com a rede social de apoio, possibilidades de projetos de vida singulares em qualquer espaço onde aconteça o cuidado (SILVA, 2012).

A enfermagem tem buscado se apropriar dos saberes que envolvem o cuidado ao indivíduo com transtorno mental. O enfermeiro poderá aplicar o processo de enfermagem em suas consultas, o que favorecerá a confirmação do diagnóstico e a elaboração do plano terapêutico. As intervenções de enfermagem incluem medidas e orientações preventivas, buscando o diálogo franco e esclarecedor com a família, de modo que esta seja convidada a ser parceira na identificação, acolhimento e intervenção junto às necessidades e desejos de seu familiar. Para tanto, faz-se necessário reconhecer as peculiaridades desse grupo social e a cultura que intermedia as relações e expressões no contexto dos territórios onde estão inseridas.



Metodologia

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. Conceitua-se metodologia exploratória como aquela cuja finalidade é descrever e modificar delinear as características das pessoas entrevistadas, utilizando para isto a coleta de dados (GIL,2009; MINAYO, 2008).

No que se refere à abordagem qualitativa, segundo Richardson (2008), é caracterizada por ser uma pesquisa detalhada sobre um devido tema e constituída pelas situações apresentadas pelos entrevistados.

3.2 Local do Estudo

Essa pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS - I) Sebastião Paulo de Sousa, localizado no município de Cuité-PB. O referido Centro foi fundado em 04 de novembro de 2011 com o objetivo de acolher, acompanhar, prover e reinserção na sociedade e oferecer uma melhor qualidade de vida para essas pessoas em sofrimento mental, pois até esta data a cidade não possuía nenhum serviço que pudesse atender essa população em foco.

O serviço possui cerca de 600 usuários cadastrados, acompanhados por uma equipe multiprofissional composta por: médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, pedagogo, auxiliar administrativo, auxiliar de oficinas, cozinheiro, auxiliar de higienização, porteiro e vigilante. Além de referida cidade, o serviço também é referência para cidades circunvizinhas.


3.3 População e Amostra

O universo ou população de uma pesquisa é caracterizado como elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra, refere-se ao subconjunto do universo de uma determinada população, que estabelece as suas características. Nesse sentido, obtém-se um conjunto, onde, a população é referente a um determinado quantitativo de pessoas em um determinado local e a amostra caracteriza-se pela parte selecionada para o procedimento (GIL, 2008).

Neste estudo, a população foi composta por todas as mães de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Cuité-PB. A amostra foi constituída por sete mães que aceitaram livremente participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 Critérios de Inclusão

Os critérios que foram levados em consideração para inclusão na amostra foram:

-  Ser mãe de usuário do CAPS I de Cuité, acima de 18 anos, morar junto com o filho, apresentando bem-estar físico e psíquico e participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Instrumento para coleta de dados

A coleta do material foi realizada através de um roteiro de entrevista, do tipo semiestruturado, contendo questões norteadoras de aspecto subjetivo relacionadas à experiência da maternidade diante de um filho em sofrimento mental.

O instrumento de investigação deve ser composto por um conjunto de perguntas a serem submetidas a determinado público com o intuito de obter informações sobre o mesmo (GIL, 2009).

3.6 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2015, utilizando um gravador de voz, mediante a aprovação do presente Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e conseqüentemente a emissão do código CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 36339814.5.0000.5186.

Diante da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, marcou-se previamente um encontro no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS com as mães dos usuários, objetivando reuni-las para participar do estudo, respeitando o critério de inclusão.

O pesquisador participante divulgou de forma clara os critérios de beneficência, não maleficência e autonomia da pesquisa. Após esclarecimento dos objetivos e importância do estudo, a colaboradora do estudo foi convidada a assinar o do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O pesquisador responsável ficou a todo tempo a disposição da entrevistada para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa.

3.7 Análise de Dados

O material coletado foi analisado com base no enfoque do método qualitativo a partir de dados contidos no instrumento de coleta. Em seguida, os dados foram agrupados de acordo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), para posterior discussão a luz da literatura pertinente à temática.

O Discurso do Sujeito Coletivo é um método que retrata as expressões das falas dos pesquisados, em síntese e em primeira pessoa do singular, o que representa o pensamento coletivo em uma única fala e possibilita interpretações para fundamentar resultados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

As pessoas e coletividades apresentam ideias, opiniões, crenças e valores particulares. Assim, não é possível investigar tais pensamentos subjetivos da mesma forma, quantitativamente, que se obtém, por exemplo, peso e altura dos sujeitos. Acredita-se que por serem mais complexos e particulares, os pensamentos expressos das pessoas podem ser processados e coletados sob a forma de discursos, os quais os descrevem em melhor qualidade.

A obtenção de descrições de pensamentos, crenças e valores de forma coletiva, pode se dá através da soma de discursos individuais, por intermédio do método do DSC, um procedimento metodológico, de corte qualitativo, próprio de pesquisas sociais empíricas, que consiste numa forma qualitativa de representar o pensamento de uma coletividade. Isto só é possível através da agregação das figuras metodológicas (Ideias Centrais, Ancoragens, Expressões Chave e DSC) de sentido semelhante, num só discurso-síntese, emitidas por pessoas distintas, como respostas a perguntas abertas de questionário (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, os discursos individuais dos sujeitos entrevistados são lidos e identificados por uma palavra, conceito ou expressão que revele a essência do sentido da resposta. Essa palavra representa bem tais depoimentos e denomina uma categoria, onde serão enquadrados vários discursos com ideias semelhantes.

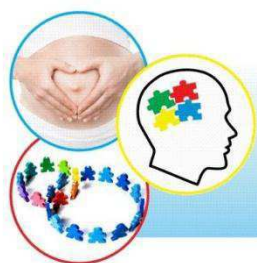
Na concepção de Lefèvre e Lefèvre (2005), a categoria funciona não mais como um representante do pensamento, mas como um nome ou denominação deste, que, como todo nome, serve para individualizar um discurso em relação a outro, porém não esgota o sentido deste. A categoria sinaliza, de modo sintético, uma determinada direção semântica, que precisa ser completada pelo conteúdo discursivo e argumentativo de um discurso-síntese.

Quanto à narrativa do discurso, optou-se pelo discurso na primeira pessoa do singular. “Trata-se de um *eu* sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse *eu* fala pela ou em nome de uma coletividade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 16). Conforme estes autores, o DSC, portanto, é visto como uma forma de fazer a coletividade falar diretamente.

3.8 Disposições Éticas

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aborda os deveres e direitos do pesquisador e sujeito. A Resolução preza principalmente pelo anonimato e sigilo das informações colhidas. Trata o sujeito em sua dignidade, respeitando-o em sua autonomia e defendendo-lhe em sua vulnerabilidade, comprometendo-nos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência), garantido que danos previsíveis serão evitados (não maleficência) e que haja igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo sentido de sua destinação sócio humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2013).

Em cumprimento aos requisitos éticos em consonância com a Resolução 466/2012 foi solicitado as entrevistadas do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes foram identificadas no presente estudo pela letra “M” seguida do número. O benefício que pretendemos conseguir com esta pesquisa trata-se de que, a partir das entrevistas coletadas, esperamos traçar uma estratégia para contribuir com uma melhor forma de acolher e acompanhar essas mães durante o atendimento a seus filhos no CAPS do estudo como também empoderá-la no processo de cuidar que participa ativamente.



Análise e Discussão

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Apresentam-se adiante os resultados, análise e discussão deste estudo. As questões objetivas foram apresentadas por meio de tabelas e as questões subjetivas foram dispostas através de quadros, tabulados e organizados mediante os pressupostos do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Após esta etapas os resultados foram analisados e confrontados de acordo com a literatura pertinente à temática.

Tabela 1. Distribuição de faixa-etária e profissão entre as colaboradoras do estudo. Cuité-PB, Janeiro, 2015 (N=7).

Mães	Idade	Profissão
M1	45 anos	Agricultora
M2	63 anos	Aposentada
M3	62 anos	Aposentada
M4	54 anos	Agricultora
M5	57 anos	Agricultora
M6	79 anos	Aposentada
M7	66 anos	Aposentada
Média	61 anos	Aposentada

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

A Tabela 1 indica que a faixa etária variou entre 45 a 79 anos com média de idade, sendo a média de idade de 61 anos. No que diz respeito a profissão, houve uma variação entre agricultoras e aposentadas, sendo a maioria delas aposentadas (57,2%).

Os dados sociodemográficos, como idade da mãe e profissão, indicam que se trata de um grupo heterogêneo, com características diversificadas. No entanto pode-se afirmar que essas mulheres estão entre uma idade adulta avançada e possuem certamente por meio da profissão citada, limitada condição socioeconômica.

QUADRO 1 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como foi a descoberta da sua gravidez?

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Sentimento de Surpresa	[...] Eu soube assim por acaso, fiz exame e acusou que estava grávida e pronto. Não esperava isso [...] M1
	[...] Quando não desceu mais a menstruação, descobri que estava gestante, uma surpresa [...] M3
	[...] A descoberta da minha gravidez foi assim: fiquei com enjoo e faltou minha menstruação, aí sabia que eu estava

	grávida. [...] M4 [...] Quando faltou a menstruação sabia que tava grávida [...] M5
--	--

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

O quadro acima demonstra o sentimento de surpresa diante da descoberta da gravidez. Assim, entende-se que as falas das colaboradoras apontam que o início do processo gestatório se deu de forma inesperada. Diante deste fato, se observa que não houve um prévio planejamento da vivência da gravidez.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. É um processo singular, experiência especial no universo da mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade, constituindo experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

A maternidade faz parte do ciclo vital e constitui um marco do desenvolvimento psicológico. A gravidez exige, para a mulher, a reestruturação e o reajustamento de sua vida, tanto em primíparas (mães pela primeira vez) como em múltiparas (mães que já passaram por gestações anteriores), a fim de que essa experiência ocorra de modo saudável tanto para a mãe como para o bebê. Na sociedade atual, em razão da crescente presença feminina no mercado de trabalho, ter um filho pode acarretar consequências significativas, dificultando que as mulheres possam encontrar gratificações na gravidez (SIMAS et al., 2013).

Para Prietsch et al (2011), a gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. Ambas são responsáveis por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. A sua ocorrência tem impacto importante na oferta de cuidados de pré-natal, na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil. Embora pouco estudada, a gravidez não planejada representa risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal.

QUADRO 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Qual o significado da maternidade para você?

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
----------------------	-------------------------------------

Sentimento de Felicidade e Realização	<p>[...] Eu não sei nem te explicar, porque, para mim, ser mãe é uma coisa muito feliz [...] M1</p> <p>[...] Foi bom, fiquei feliz quando descobrir que estava grávida, que era meu segundo filho, para mim foi tudo bem [...] M4</p> <p>[...] Eu fiquei grávida, fiquei feliz porque Deus mostrou ela para mim, aí eu fiquei grávida, tive ela, fiquei feliz, porque a felicidade da gente é ter um filho e criar [...] M6</p> <p>[...] Pelo menos para mim foi muito bom, graças a Deus, muito bom mesmo [...] M7</p>
---------------------------------------	---

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

No quadro 2 as colaboradoras relatam um sentimento de felicidade e realização pelo fato de serem mães. De acordo com os discursos, as mães se sentem realizadas e felizes em terem concebido e em poderem criar seus filhos. Neste contexto, as entrevistadas definem a maternidade como algo bom, advindo de Deus, que lhes trouxeram felicidade.

A vivência da maternidade é momento único, de muitas expectativas e sentimentos principalmente quando se refere a um estado de espera ou incerteza, como é a gestação, para uma realidade objetiva da maternidade, o puerpério. Neste contexto, aflora um conjunto de sentimentos peculiares a cada puérpera, as quais elaboram significados próprios de ser mãe. As falas expressam o quanto à experiência da maternidade é singular na vida dessas mulheres e confirmam a busca pela realização de um sonho aliado à responsabilidade e ao compromisso com o novo ser que se apresenta totalmente dependente da mãe (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

A experiência da maternidade pode ser acompanhada pelo aumento da sensibilidade materna e retraimento psicológico da mãe, que passa a se responsabilizar cada vez mais pelo bebê, garantindo-lhe cuidados básicos. Essa capacidade de se responsabilizar pelo bebê viria da forte identificação com ele, desenvolvendo a chamada preocupação materna primária. Nesse sentido, tal abordagem destaca o período gestacional como de suma importância para a compreensão não apenas para o desenvolvimento do bebê, mas também das primeiras relações estabelecidas no seio familiar (SIMAS et al., 2013).

Desvendar os significados da maternidade e seus desdobramentos possibilita a prática de estratégias nos serviços, direcionando-se em ações que sejam de efetivos suportes para as puérperas. Nesse período, os cuidados de enfermagem são essenciais, com base na prevenção

de complicações, conforto físico e emocional e ações educativas que possam ajudar a mulher a cuidar de si própria e de seu filho.

QUADRO 3 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como é para você lidar com o sofrimento mental em seu cotidiano?

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldade em Lidar com o Sofrimento Mental	<p>[...] Para mim é um pouco difícil a pessoa lutar com quem tem ‘problemas’ [...] M4</p> <p>[...] É difícil para todas as mães que passam pelo problema que eu passei, é difícil [...] M5</p> <p>[...] foi muito sofrido, muito sofrido mesmo, mas com acompanhamento médico e psicológico, digamos assim, que acostumamos com a situação difícil [...] M7</p>
Ideia Central – 2	Discurso do Sujeito Coletivo
Sentimento de Pesar diante do Sofrimento Mental	<p>[...] tem que aguentar as consequências, uma pessoa que ‘não é normal’ [...] M2</p> <p>[...] Tem hora que eu fico triste, tem hora que eu fico feliz com algumas coisas que ele faz, no mesmo instante eu fico triste por saber que ele nunca vai ser uma pessoa normal [...] M1</p> <p>[...] eu tenho que enfrentar porque ela vive comigo [...] M6</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

De acordo com os discursos do sujeito coletivo acima citados no quadro 3, há uma ambiguidade de sentimentos expressados pelas mães, por um lado a dificuldade em lidar com o sofrimento mental de seu filho e por outro lado o sentimento de pesar em saber a condição em que seu filho se encontra. Dessa forma, para as entrevistadas, o sofrimento mental é penoso para quem o detém, porém, não menos difícil para a família que convive diariamente com esse fato, sobretudo, para a mãe.

Percebe-se nos discursos o esgotamento das famílias, e certa ambiguidade de sentimentos, tanto que os familiares, não conseguindo expressar-se com palavras, choram, ficam trêmulos e com olhos lacrimejantes; eles perdem a voz e mudam a expressão da face, em uma linguagem corporal que expressa toda a dor e sofrimento que somente quem convive

com esta realidade é capaz de descrever com propriedade, não somente com palavras, mas com a linguagem verbal e não verbal (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

As mães que participaram deste estudo conviviam com um filho que, nos primeiros estágios do desenvolvimento, possivelmente era percebido como saudável. Alimentaram sonhos e construíram planos para seu futuro. No entanto, com o chegar da adolescência, alterações nos padrões comportamentais e emocionais do rebento invadiram a vida familiar. Com isso, ao invés da concretização das expectativas idealizadas nos primeiros anos de vida, os projetos precisaram ser interrompidos. A atenção familiar mudou de direção e o fluxo de energia vital dessas mães precisou ser reorientado (SILVA; SANTOS, 2009).

O desconhecimento do significado da doença e a falta de clareza sobre o que de fato ocorre com o indivíduo com transtorno parecem levar os familiares a se sentir carentes de informações qualificadas, perdidos em relação às atitudes que devem adotar com seu familiar e isolados pelo serviço de saúde. Assim, os familiares muitas vezes se vêem obrigados a direcionar grande parte do seu tempo para o parente doente (ESTEVAM et al., 2011).

De acordo com Borba et al (2011) as dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a realidade do sofrimento mental são permeadas pelo descompasso temporal (paciente-família-sociedade), sentimentos de culpa (a família não entende onde errou, como não percebeu antes os sintomas), de perda, pela dificuldade de comunicação e interação e pelos conflitos familiares. A não remissão dos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento *anormal* da pessoa em sofrimento mental contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar, isso altera sua rotina diária.

Além disso, é preciso considerar que o transtorno mental não repercute somente na vida do indivíduo em sofrimento, mas reflete na vivência do grupo, cada um dos seus integrantes a interpreta e mobiliza sentimentos de forma única. O transtorno consiste em evento adverso e inesperado que desorganiza a maneira de ser da família, exige nova organização e adaptação à nova situação (BORBA et al., 2011).

O sofrimento mental na maioria das vezes pode ser a causa da instabilidade e desestruturação de uma família, muitas vezes adoece junto por falta de conhecimento da doença, pelas mudanças e responsabilidades com o sofrimento mental. A partir do momento em que a família consegue superar o problema e passa a apoiar a pessoa com sofrimento, torna-se um fator essencial para o sucesso do tratamento e recuperação do indivíduo.

Esses discursos evidenciaram que, para mães participantes deste estudo, a aceitação do fato de ter na família um filho com transtorno mental crônico é uma tarefa árdua, permanentemente em construção, que requer um lento e longo processo de depuração e

elaboração psíquica. Os degraus vencidos foram conquistados geralmente depois de inúmeras vivências de frustrações acumuladas no decorrer da evolução do transtorno mental. No entanto, mesmo que permeado por algumas conquistas, o que se observou na maioria dos relatos foi o penoso itinerário percorrido rumo aceitação da nova ordem familiar (SILVA; SANTOS, 2009).

QUADRO 4 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Que estratégias você faz uso para superar as barreiras que o sofrimento mental do seu filho traz?

Ideia Central – 1	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Atendimento no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS</p>	<p>[...] procurei o CAPS, já para ver se ele melhorava [...] M1</p> <p>[...] hoje depois do CAPS ele não depende mais tanto de mim [...] M3</p> <p>[...] já procurei acompanhamento médico no CAPS que nos ajuda muito [...] M5</p> <p>[...] ela vai para o CAPS, ela toma o remédio dela toda noite e isso ajuda [...] M6</p>
Ideia Central - 2	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Fé em Deus</p>	<p>[...] tem que ter muita fé em Deus, se pegar muito com Deus pra poder enfrentar essa barra [...] M4</p> <p>[...] Nessa parte aí, não é fácil não, mas a gente pedindo força a Deus [...] M5</p> <p>[...] Enfrentando! Enfrentando, como Deus quer, tem que enfrentar, é assim mesmo [...] M6</p> <p>[...] eu hoje, graças a Deus eu sei lidar direitinho com ele, da pra gente superar bem, graças a Deus. [...] M7</p>

Fonte: Pesquisa Direta (2015)

O quadro 4 revela as estratégias utilizadas pelas mães dos usuários para enfrentar as dificuldades geradas pelos sofrimentos mentais de seus filhos, dentre estas, foram citadas, com maior destaque, o atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a fé em Deus. No CAPS, os serviços de acompanhamento médico, psicológico e social, controle de medicação, atividades de lazer e culturais. Outra importante estratégia relatada na maioria dos

discursos foi a religiosidade, a fé em Deus com que as mães se apegam pra enfrentar as dificuldades e superar as barreiras visando oferecer uma melhor qualidade de vida ao seu filho e a si própria.

Na modalidade de serviço substitutivo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos e comunitários, mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Surgem como estratégia terapêutica inovadora, em que se enfatiza a interdisciplinaridade e a multiplicidade de formas de intervenção. Trata-se de características preconizadas pelo novo modelo de atenção em saúde mental. Busca-se por meio do atendimento à população de sua área de abrangência, a garantia de acesso ao trabalho, ao lazer, ao resgate da cidadania e a reintegração da pessoa com transtorno mental no ambiente cultural e social, para que este possa coexistir com a sociedade e sua família. Esta prática considera a subjetividade e a individualidade de cada indivíduo na sua experiência concreta de existência-sofrimento (BORBA et al., 2011).

Neste sentido, os serviços extra hospitalares têm como uma de suas funções oferecer atendimento às famílias para esclarecer a sintomatologia da doença e torná-las aliadas e colaboradoras no tratamento, mantendo o indivíduo desinstitucionalizado para que assim possa ser compreendido em sua singularidade. É fundamental garantir o direito de ir e vir, de ser ouvido, de opinar, de ser tratado com dignidade e respeito. Ele deve ser respeitado em seu desejo de participar da vida em família, o que se reflete em estímulos que o motivam a expressar-se, efetivando-se, assim, sua inclusão no contexto familiar (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Segundo Favero-Nunes, et al (2010), a esperança em relação à situação do filho somente pode ser sustentada pela maioria das mães apoiando-se em crenças religiosas e no pensamento mágico, em que elas relatam que confiavam na melhora futura do filho, demonstrando sentimentos de fé e esperança apoiados em suas crenças religiosas.

Este fato deve ser levado em consideração, pois muitas vezes a religião, é uma das fontes de compreensão e aceitação da doença, pois a cultura brasileira é influenciada fortemente pela dimensão religiosa. Além do mais a religião e a espiritualidade têm sido considerado fator importante de apoio à família do indivíduo com transtorno mental na atualidade (ESTEVAM et al., 2011).

É perceptível nos depoimentos que a família precisa ser preparada para compreender a doença, suas fases e aspectos, a fim de evitar conflitos. Também é importante respeitar as limitações do indivíduo que está em crise e compreender a sua singularidade. Se isto não

acontecer, a convivência se tornará difícil e isto interferirá no processo de ressocialização e reinserção social (BRISCHILIARI;WAIDMAN, 2012).

A ideia de sofrimento remete a algo que se repete e se arrasta, desnorteia, desequilibra, tornando a relação complicada, sofrida e difícil entre os atores envolvidos. Não é fácil aceitar conviver com a angústia de ter um filho com sofrimento mental na família. Além disso, a família pode sentir-se culpada pela doença e ansiosa por não saber lidar com alguns comportamentos apresentados. Como agravante, raramente a família busca ou recebe informações, por isso sente-se insegura quanto ao melhor modo de cuidar do paciente (ESTEVAM et al., 2011).

As famílias precisam de amparo e apoio, e é neste sentido que os profissionais de saúde, especialmente os da enfermagem, devem aproximar-se delas, com a finalidade de compartilhar maneiras de enfrentar os problemas e construir uma convivência saudável, e principalmente, precisam estar preparados para informar a família e favorecer as transformações na sua forma de lidar com o doente mediante a educação em saúde. (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Considerações Finais



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

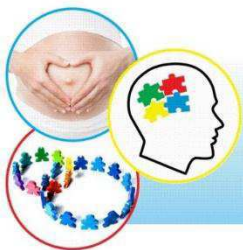
O estudo que teve como proposta conhecer e analisar a experiência da maternidade na perspectiva de mães de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial atingiu seus objetivos na medida em que conseguiu identificar a percepção da maternidade na perspectiva das mães, descobrir os sentimentos vivenciados por essas mães durante o sofrimento mental do seu filho e apontar estratégias para o enfrentamento dessa vivência em seu cotidiano.

De forma geral, a experiência da maternidade na perspectiva das mães de usuários teve uma visão limitada da percepção da maternidade, visto que, na maioria das vezes foi desvendada apenas ao sentimento de surpresa, tendo a maternidade sido gerada numa atmosfera sem planejamento prévio, mas diante do fato, surgiu um sentimento de realização e felicidade para essas mulheres.

O Centro de Atenção Psicossocial investigado no estudo apresentou-se como um serviço de fundamental importância para o acompanhamento da maternidade junto ao sofrimento mental. Sem este serviço de referência certamente a maternidade diante desse problema se comportaria de forma mais impactante e pesada. Outro ponto muito importante foi a busca da fé em Deus como estratégia de enfrentamento desse processo de sofrimento entre a maternidade e a loucura. A religiosidade e a fé são geralmente bálsamos para as tristezas humanas, não diferentes nesta pesquisa.

Como pesquisador, entendo a importância de empoderar cada vez mais essas mulheres diante do processo de cuidar, visto que junto aos atores do CAPS, a mãe é uma das cuidadoras mais importante nesse processo. Também é preciso um olhar melhor sobre elas, pois, não basta tratar apenas o indivíduo com sofrimento mental, e sim todo o contexto familiar em volta do mesmo, melhorando a assistência voltada principalmente à figura da mãe, que, na maioria das vezes, é a principal cuidadora.

Chegamos ao fim deste estudo com o propósito de que este enriqueça a literatura acerca do tema e contribua para a ampliação do papel da mãe no processo de cuidar diante do sofrimento mental. Acreditamos que a busca constante da melhora na qualidade da assistência em saúde através de uma rede de cuidado fortalecida e interdisciplinar pode promover o amparo social das famílias, e principalmente das mães em lidar com o sofrimento psíquico.



Referências

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, v. I (1) p. 61-77, 1994.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BORBA, L.O; PAES, M.R; GUIMARÃES, A.N; LABEONICI, L.M; MAFTUM, M.A. **A Família e o Portador de Transtorno Mental: dinâmica e sua relação familiar**. *Rev Esc Enferm USP*; 45(2):442-9. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>> Acesso em: Fevereiro de 2015.

BORSA, J. C; FEIL, C. F. **O papel da mulher no contexto familiar: Uma breve reflexão**. O Portal dos Psicólogos. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>> Acesso em: Maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental de 1990 a 2004**. 5 ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório crack, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: março 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados** - 8, Ano VI, nº 8, janeiro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: Julho de 2014.

BRISCHILIARI, A; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, jan-mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>> Acesso em: Julho de 2014.

COSTA, E. (Org.). **Manual de enfermagem psiquiátrica: gerenciamento e cuidado**. Florianópolis: IPQ/SC, 2005.

DE TILIO, R. **“A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais**. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil,

2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf> > Acesso em: Julho de 2014.

ESTEVAM, M.C; MARCON, S.S; ANTONIO, M.M; MUNARI, D.B; WAIDMAN, M.A.P. **Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica.** Rev. Esc. Enferm. USP; 45(3):679-86. São Paulo, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf> > Acesso em: Fevereiro de 2015.

FAVERO-NUNES, M. A; SANTOS, M. A. **Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 23(2), 208-221. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n2/v23n2a03.pdf> > Acesso em: Junho de 2014

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, T. R; PICCININI, C. A; **Experiência da Maternidade no Contexto do HIV/Aids aos Três Meses de Vida do Bebê.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Out-Dez, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/09.pdf>> Acesso em: Julho de 2014.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral.** São Paulo: Loyola, 2005.

PEREIRA, M. A. O; PEREIRA JR, A. Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11>> Acesso em: Junho de 2014.

PRIETSCH, S. O. M; S. O. M; GONZÁLEZ-CHICA, D. A; CESAR, A. J; MENDOZA-SASSI, R. A. **Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(10):1906-1916, out, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/04.pdf>> Acesso em: fevereiro de 2015.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** 3. ed. Revista e ampliada. São Paulo: Atlas, 2008.

ROTELLI, F. **A instituição inventada.** "Per la salute mentale/ For mental health", 1990.

SANT'ANA, Marília Mazzuco. **O Significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental.** 2007. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação Biguaçu, Biguaçu/SC, 2007.

SANT'ANA, M. M; PEREIRA, V. P; BORENSTEIN, M. S; SILVA, A. L. **O significado de ser familiar cuidador do portador de Transtorno mental.** Texto Contexto Enferm, , Jan-Mar; 20(1): 50-8. Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>> Acesso em: Junho de 2014.

SILVA, E. M. **Cuidado ao adolescente com transtorno mental no contexto familiar.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/emanuel_martins.pdf> Acesso em: Julho de 2014.

SILVA, G; SANTOS, M. A. **Esquizofrenia: dando voz à mãe cuidadora.** Estudos de Psicologia, Campinas. 26(1), 85-92. janeiro -março 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a09v26n1>> Acesso em: Junho de 2014.

SILVEIRA, L. C; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto; 13(4):591-5. julho-agosto, 2005. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/2123/2212> Acesso em: Junho 2014.

SIMAS, F.B; SOUZA, L.V; SCORSOLINI-COMIN, F. **Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 15(1), 19-34. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n1/02.pdf> > Acesso em: Fevereiro 2015.

SOUZA, Â. M. A. e; BRAGA, V. A. B. **Reforma Psiquiátrica brasileira: muito a refletir.** Acta Paul. Enferm., São Paulo, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a13v19n2.pdf> > Acesso em: Julho de 2014.

STRAPASSON, M. R; NEDEL, M. N. B. **Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade.** Rev Gaúcha Enferm., set;31(3):521-8. Porto Alegre (RS) 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a16.pdf>> Acesso em: Julho de 2014.

TEIXEIRA, M. B.; *et al.* **Manual de enfermagem psiquiátrica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.); KLEIN, Alejandro; FREITAS, Cláudia de; FONSECA, Maria Liana. **Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares.** São Paulo: Hucitec, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**. Está sendo desenvolvido por Julian de Macedo Bezerra, aluno do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima, cujo objetivo é conhecer e analisar a experiência da maternidade na perspectiva de mães de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

É importante ressaltar que durante a entrevista a colaboradora poderá a vir a ficar em situação de constrangimento, e a este fato apontamos como um possível risco desta pesquisa. O benefício que pretendemos conseguir com esta pesquisa será que a partir do conhecimento da história de vida das mães entrevistadas, esperamos traçar uma estratégia para contribuir com uma forma melhor de acolher e acompanhar essas mães durante o atendimento a seus filhos no CAPS do estudo.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista, a qual contém perguntas sobre dados pessoais, os quais farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e, posteriormente, podendo ser divulgado na íntegra ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

Desse modo, para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente. Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Caso decida não participar do estudo ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, o seu desejo será respeitado e acatado.

Os pesquisadores¹ estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para a realização dessa pesquisa.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da aprovação da mesma no Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Cuité-PB, ____/____/2015.

Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Pesquisador responsável

Julian de Macedo Bezerra
Pesquisador Participante

Participante da pesquisa

¹ **Endereço profissional da pesquisadora responsável:** Telefone (83) 33721900; e-mail Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D' Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000. **Contato do Comitê de Ética:** Av. Pedro I, I n. 1826. E-mail: cep@saude.pb.gov.br Fone : 3218-7357

APÊNDICE B**INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS****Parte I – Caracterização da colaboradora do estudo:**

Iniciais: _____ Idade: _____ anos

Profissão: _____

Parte II - Questões norteadoras:

- ✓ Como foi a descoberta da sua gravidez?
- ✓ Qual o significado da maternidade para você?
- ✓ Como é para você lidar com o sofrimento mental em seu cotidiano?
- ✓ Que estratégias você faz uso para superar as barreiras que o sofrimento mental do seu filho traz?

APENDICE C

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada **A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)** somente serão divulgados após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sendo garantidos os créditos da publicação aos autores responsáveis. Ademais, declaro garantir ainda que os resultados desta pesquisa também serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Profa. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Universidade Federal de Campina Grande
(Orientadora e Pesquisadora responsável)

ANEXOS

ANEXO A

30

ANEXO B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Gentil Venâncio Palmeira Filho, Secretário de Saúde do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“FLORES DE LÓTUS”: A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**”, nos meses de novembro e dezembro de 2014, que terá como cenário o Centro de Atenção Psicossocial deste município. Os responsáveis pela pesquisa são: Gigliola Marcos Bernardo de Lima – pesquisadora responsável (Orientadora da pesquisa e Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Julian de Macedo Bezerra – pesquisador participante (Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário de Saúde
Cuité – PB

ANEXO B

SECRETARIA DE SAÚDE DO
ESTADO DA PARAÍBA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FLORES DE LÓTUS: A MATERNIDADE NA PERSPECTIVA DE MÃES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Pesquisador: Gigliola Marcos Bernardo de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36339814.5.0000.5186

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 917.192

Data da Relatoria: 15/12/2014

Apresentação do Projeto:

Com o processo de desinstitucionalização, o portador de transtorno mental deixou de ser atendido exclusivamente em hospitais psiquiátricos e passou a ter outras opções de tratamento. Ocorreu uma reconfiguração da atenção em saúde mental, com vários avanços obtidos neste processo, destacando-se: o acesso aumentado à atenção em saúde mental, a redução do número total de leitos dos hospitais psiquiátricos e a implantação de

ações de saúde mental na atenção básica, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços, que no ano de 1998 eram 148 em todo o Brasil, em junho de 2010 perfaziam o total de 1.541, enquanto o número de leitos psiquiátricos do Sistema Único de Saúde (SUS), que em 2002 era de 51.393, reduziu-se para 35.426, distribuídos atualmente em 208 hospitais psiquiátricos (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Segundo Silva & Santos (2009) a partir do evento da desinstitucionalização, os cuidados ao doente mental voltaram a ser responsabilidade da família. No entanto, a mudança paradigmática não ocorreu em paralelo a uma reorganização do modelo de assistência em saúde mental. Com isso, os cuidadores veem-se despreparados para desempenhar as funções que lhes cabem e, ainda, estão pouco amparados pela rede de saúde. Tal quadro tem levado a um aumento, nas últimas décadas, do número de pesquisas que buscam conhecer o impacto do transtorno mental na

Endereço: Av. D. Pedro II, nº 1826

Bairro: Torre

CEP: 58.040-440

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3218-7357

Fax: (83)3218-7357

E-mail: cep@saude.pb.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO
ESTADO DA PARAÍBA -



Continuação do Parecer: 017.192

família, objetivando a obtenção de conhecimento para o atendimento das novas necessidades dessa clientela. Para atuar junto às famílias de portadores de transtornos mentais, é importante que o enfermeiro conheça e compreenda a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que, a partir daí, possa planejar a sua assistência conforme a necessidade desses familiares. O trabalho do enfermeiro, em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, envolve parceria com o cliente e a família, para atender as múltiplas facetas do transtorno mental

(SANTANA et al., 2011). A aproximação com o tema proposto surgiu a partir da disciplina Psiquiatria, onde pude estagiar por alguns dias em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, desde então, me veio a curiosidade de saber como as mães dos usuários convivem e se relacionam com seus filhos desde a maternidade até se tornarem usuários de um serviço como este acima citado. Portanto, acredita-se ser relevante a realização de

uma pesquisa no intuito de compreender e aprofundar o conhecimento acerca da temática acima proposta e assim poder identificar as dificuldades e empecilhos encontrados por essas mães, desde a descoberta durante a gravidez ou após o nascimento até os dias atuais. Diante disso, aponta-se a seguinte questão norteadora da pesquisa: Como ser mãe de um indivíduo com transtorno mental? A realização desta pesquisa se justifica pelo fato

de buscar novas alternativas para o melhor cuidado e atenção dos profissionais de saúde para com essas mães e refletir acerca de melhores práticas de saúde e humanização na área da saúde mental, envolvendo não só o indivíduo com transtorno mental, mas os familiares e cuidadores que estão a sua volta. É importante compreender, enquanto estudante e profissional de saúde, como essas mães se sentem no papel de genitora e cuidadora de uma pessoa com algum transtorno mental, fazendo com que as dificuldades e preconceitos sejam enfrentados e superados, possibilitando a melhoria da qualidade de vida das mães e de seus filhos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer e analisar a experiência da maternidade na perspectiva de mães de usuários do Caps I – Culté-PB

Objetivo Secundário:

Identificar a percepção da maternidade na perspectiva de mães de usuários do Caps I;

Descobrir os sentimentos vivenciados por mães durante o sofrimento mental do seu filho;

Conhecer as estratégias de enfrentamento de mães de filhos em sofrimento mental em seu cotidiano.

Endereço: Av. D. Pedro II, nº 1825

Bairro: Torre

CEP: 58.040-440

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3219-7357

Fax: (83)3219-7357

E-mail: cep@saude.pb.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO
ESTADO DA PARAÍBA -



Continuação do Parecer 017.100

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É importante ressaltar que durante a entrevista a colaboradora poderá a vir a ficar em situação de constrangimento, e a este fato apontamos como um possível risco desta pesquisa. O benefício que pretendemos conseguir com esta pesquisa será que a partir do conhecimento da história de vida das mães entrevistadas, esperamos traçar uma estratégia para contribuir com uma forma melhor de acolher e acompanhar essas mães durante o atendimento a seus filhos no CAPS do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto em apreço é bem estruturado e coerente cientificamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatórios estão presentes.

Recomendações:

As recomendações solicitadas referente ao TCLE, Termo de anuência, e previsão dos riscos da pesquisa, foram atendidos pela pesquisadora responsável.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações solicitadas foram atendidas pelo pesquisador responsável.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto segue aprovado pelo Colegiado do CEP/SES/PB.

JOAO PESSOA, 16 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Selda Gomes de Sousa
(Coordenador)

Endereço: Av. D. Pedro II, nº 1826

Bairro: Torre

CEP: 58.040-440

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3219-7357

Fax: (83)3219-7357

E-mail: cep@saude.pb.gov.br