

CENTRO UNIVERSITÁRIO LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

CARLA MOREIRA CALLOU DE FARIAS

Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III de Crato, CE contribuindo para o fortalecimento dos laços familiares através da participação diária no equipamento.

ORIENTADOR: Aldair Péricles Bezerra Monteiro

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2018

CARLA MOREIRA CALLOU DE FARIAS

Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III de Crato, CE contribuindo para o fortalecimento dos laços familiares através da participação diária no equipamento.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Leão Sampaio. Orientador: Prof.^a Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

JUAZEIRO DO NORTE/CE

2018

CARLA MOREIRA CALLOU DE FARIAS

Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III de Crato-CE contribuindo para o fortalecimento dos laços familiares através da participação diária no equipamento.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Leão Sampaio. Orientador: Prof.^a Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro.

Prof.^a Dra. Rúbia Aurenivea Ribeiro Lóssio.

Prof.^a Esp. Pautília Ferraz Araruna.

DEDICATÓRIA

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta longa e difícil caminhada. Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante. À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial ao Prof. Aldair Péricles Bezerra Monteiro Ribeiro Lóssio e à Profa. Rúbia Aurenivea pela realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço ao meu orientador Prof. Esp. Aldair Péricles Bezerra Monteiro e em especial a minha professora da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Dra. Rúbia Aurenivea Ribeiro Lóssio que com precisão, competência, responsabilidade e paciência me proporcionaram a compreensão acerca dos diversos aspectos teórico-metodológicos, históricos, conceituais e burocráticos que envolveram a realização dessa pesquisa e o universo do pesquisador.

Agradeço também com grande carinho aos meus filhos Raul Callou da Silva, Rildo Callou da Silva e Leonardo Callou Maia (que ainda está por vir), a minha santa e maravilhosa avó paterna Maria Márcia Pierre (IN MEMORIAN), ao meu pai Raul Pierre de Farias (IN MEMÓRIAN), a minha mãe Ludmilla Moreira Callou e especialmente a minha tia avó (excelente e maravilhosa) Valderez Alcides Moreira, que, sem o seu auxílio e apoio para continuar a jornada, esse percurso teria sido muito mais difícil (diria até impossível). Muito obrigada aos meus filhos, principalmente o mais velho, Raul, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis.

Meus agradecimentos também à minha técnica Ana Lucíola Pinheiro de Melo, que através do seu intermédio com a coordenação do CAPS III, pude fazer meus Estágios Supervisionados I e II com maior facilidade, pois não tinha mais vaga na cidade do Crato para receber estagiários. Agradecimento especial à coordenadora de saúde mental do município do Crato/CE e também coordenadora do CAPS III, Maria Margareth Leite Novais, sempre muito disponível para nos auxiliar e ensinar durante os estágios e a pesquisa e motivada com o momento de mudança e mais desafios que o município vivenciava.

Agradeço também a todos os profissionais que aceitaram participar dessa pesquisa e pelo compromisso firmado em contribuir com o questionário.

EPÍGRAFE

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro” (Leonardo Boff).

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo entender as estratégias dos profissionais do CAPS III para a contribuição do fortalecimento dos laços familiares através da participação diária no referido local. A doença mental é um fenômeno histórico- social expresso na sociedade e sendo ainda desconhecido pela população, buscando entender as variadas intervenções da equipe do CAPS III, Crato- CE em função do fortalecimento dos laços familiares. Esse estudo se deu a partir da necessidade e curiosidade de tomar conhecimento sobre como se dá o cuidado das famílias para com as pessoas portadoras de transtorno mental do CAPS III, bem como se dá a atuação dos profissionais em questão no que diz respeito ao fortalecimento dos laços familiares. Tais questionamentos surgiram no decorrer da disciplina de Estágio Supervisionado I e II do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Leão Sampaio, UNILEÃO, no campo acima citado. Norteadas pelo pensamento crítico, histórico e dialético, foram realizadas pesquisas bibliográficas e de campo, sendo a pesquisa de campo realizada com profissionais da área de saúde mental conseguiu reunir dados relevantes para a elaboração desse trabalho, através da pesquisa que realizamos conseguimos entender melhor esse contexto, desse modo, esperamos contribuir com a visibilidade das questões enfrentadas por essas famílias e seus entes portadores de doença mental, para colaborarmos com respostas que visem transformar a realidade desses. O referido Trabalho de Conclusão de Curso apontou que o Estado, a comunidade e as famílias não estão devidamente preparados para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental.

Palavras Chave: doença mental, família, pessoa com transtorno mental, laços familiares.

ABSTRACT

This Course Completion Work aims to understand the strategies of CAPS III professionals to contribute to the strengthening of family ties through daily participation in said place. Mental illness is a historical-social phenomenon expressed in society and still unknown by the population, seeking to understand the various interventions of the CAPS III team, Crato-CE, due to the strengthening of family ties. This study was based on the need and curiosity to learn about how families care for people with mental disorders of the CAPS III, as well as the work of the professionals in question with regard to strengthening the family ties. These questions arose during the course of Supervised Internship I and II of the Social Service Course of the University Center Leão Sampaio, UNILEÃO, in the above mentioned field. Based on critical, historical and dialectical thinking, bibliographical and field research was carried out, and the field research carried out with mental health professionals was able to gather data relevant to the elaboration of this work, through the research we have carried out, we have been able to better understand this context , we hope to contribute to the visibility of the issues faced by these families and their mental illnesses, in order to collaborate with responses that aim to transform their reality. The aforementioned Course Conclusion Paper pointed out that the State, the community and families are not adequately prepared to welcome the sufferer of psychic suffering, and there is still a gap between the care one has and the care one wishes to have in mental health.

Keywords: mental illness, family, mentally disordered person, family ties.

LISTA DE TABELAS

Gráfico 1: Sobre a participação das Famílias nas reuniões.

Gráfico 2: Sobre se as reuniões acontecem com frequência

Gráfico 3: Sobre as famílias com mais de uma pessoa com transtorno mental atendido pelo CAPS.

Gráfico 4: Sobre se existe um acompanhamento específico para cada usuário.

Gráfico 5: Sobre a quantidade de profissionais

Gráfico 6: Sobre se gestão municipal consegue atender as necessidades básicas, como o transporte e alimentação dos pacientes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

STR- Serviços Residenciais Terapêuticos

UA- Unidades de Acolhimento

PRH- Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar

UNILEÃO- Universidade Leão Sampaio

CAP's- Caixa de Aposentadoria e Pensão

IAP's- Institutos de Aposentadorias e Pensões

SNDM- Serviço Nacional de Doenças Mentais

LOPS- Lei Orgânica da Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional Médico da Previdência Social

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

LOS- Lei Orgânica da Saúde

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

SILOS- Sistemas Locais de Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

CF- Constituição Federal

CAPSI- Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

BPC - Benefício de Prestação Continuada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I- SAÚDE MENTAL NO BRASIL: do modelo de tratamento manicomial ao psicossocial.....	14
1.1 HISTÓRIA DA SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: transformações, e conquistas	14
1.1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA PÓS 2001: Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Manicômios Judiciários.....	18
1.1.2 LUTA ANTIMANICOMIAL: transformações dos serviços psiquiátricos no Brasil...21	
CAPÍTULO II- A SOBRECARGA DO CUIDADO E EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS EM ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE MENTAL DO CRATO- CE.....	23
2.1 Breve relato sobre o surgimento dos CAPS.....	23
2.2 A importância da família, Estado e comunidade no tratamento do paciente com transtorno mental.....	26
CAPÍTULO III- CAPS: UM SUPORTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	36
3.1. Surgimento e Caracterização do CAPS Crato.....	36
3.2. Procedimentos Metodológicos.....	37
3.3. Análise e discussão dos dados.....	38
CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	52

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo entender as estratégias dos profissionais do CAPS III para a contribuição do fortalecimento dos laços familiares através da participação diária no referido local. A doença mental é um fenômeno histórico- social expresso na sociedade e sendo ainda desconhecido pela população, buscando entender as variadas intervenções da equipe do CAPS III, Crato- CE em função do fortalecimento dos laços familiares.

A referida pesquisa constituiu-se através de um percurso metodológico que demarca o processo utilizado para o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo ela descritiva e de campo.

Esse estudo se deu a partir da necessidade e curiosidade de tomar conhecimento sobre como se dá o cuidado das famílias para com as pessoas portadoras de transtorno mental do CAPS III, bem como se dá a atuação dos profissionais em questão no que diz respeito ao fortalecimento dos laços familiares. Tais questionamentos surgiram no decorrer da disciplina de Estágio Supervisionado I e II do Curso de Serviço Social do Centro Universitário Leão Sampaio, UNILEÃO, no campo acima citado. Norteada pelo pensamento crítico, histórico e dialético, foram realizadas pesquisas bibliográficas e de campo, sendo a pesquisa de campo realizada com profissionais da área de saúde mental conseguiu reunir dados relevantes para a elaboração desse trabalho, através da pesquisa que realizamos conseguimos entender melhor esse contexto, desse modo, esperamos contribuir com a visibilidade das questões enfrentadas por essas famílias e seus entes portadores de doença mental, para colaborarmos com respostas que visem transformar a realidade desses.

O Capítulo I abordará as transformações ocorridas no Brasil, evidenciando a evoluções e conquistas referentes à saúde mental e a reforma sanitária focando em um novo modelo de atenção a saúde mental através da trajetória do cuidado com o paciente psiquiátrico evidenciando o trato do Estado com a política da saúde buscando a compreensão e possível esclarecimento dos acontecimentos que levaram a criação da política de saúde mental e ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O Capítulo II abordará a sobrecarga do cuidado e experiências dos familiares dos usuários em atendimento na rede de saúde mental do Crato- CE. De acordo com as observações realizadas durante os Estágios Supervisionados I e II no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III no município de Crato-CE, no dia a dia, é notória a forma com que alguns usuários são tratados e acolhidos ou não. Em alguns casos nota- se um grande cuidado e preocupação por parte das famílias com o tratamento adequado de seus entes e em

contraponto percebe-se também a falta de interesse de alguns em ter que ser o responsável pelo cuidado e tratamento dos seus.

São perceptíveis ainda, alguns casos em que as famílias não possuem os cuidados necessários apenas por não possuir conhecimento adequado de como tratar ou lidar com as mais diversas e adversas situações que lhes são impostas cotidianamente.

Ao realizar a aplicação dos questionários com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS em Crato-CE, foi possível através de suas respostas encontrarem algumas citações acerca do atendimento do CAPS, bem como sobre a presença e a relevância do apoio familiar durante o tratamento dos usuários do CAPS. Desta maneira, foi através destas respostas que aconteceu a análise dos resultados da pesquisa, expostos no Capítulo III deste trabalho.

O referido Trabalho de Conclusão de Curso apontou que o Estado, a comunidade e as famílias não estão devidamente preparados para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Essa parcela de responsabilidade é do Estado, por não proporcionar as informações e verba necessária para um melhor amparo ao portador de transtorno mental. Por outro lado, são perceptíveis os inúmeros esforços empreendidos pelos profissionais do CAPS III através dos mais variados serviços ofertados, procurando reverter à lógica de atenção à saúde mental tão arraigada na nossa cultura, onde ainda prevalece a exclusão, o preconceito e o desrespeito.

CAPÍTULO I- SAÚDE MENTAL NO BRASIL: do modelo de tratamento manicomial ao psicossocial

1.1. HISTÓRIA DA SAÚDE E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: transformações, e conquistas.

Esse capítulo abordará as transformações ocorridas no Brasil, evidenciando a evoluções e conquistas referentes à saúde mental e a reforma sanitária focando em um novo modelo de atenção a saúde mental através da trajetória do cuidado com o paciente psiquiátrico evidenciando o trato do Estado com a política da saúde buscando a compreensão e possível esclarecimento dos acontecimentos que levaram a criação da política de saúde mental e ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em 1892 foram criados os primeiros laboratórios Bacteriológicos que tinham o intuito de gerar melhores condições sanitárias para as cidades urbanas. Com o surgimento de epidemia de varias doenças, o então Presidente da República Rodrigues Alves nomeia como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o Sr. Oswaldo Cruz, que implantou medidas de desinfecção sanitária e de vacinação obrigatória anti-varíola que desagradou à população, gerando um movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina. No ano de 1920, foram criados órgãos especializados no combate a doenças como tuberculose e lepra.

O Sanitarismo Campanhista foi uma campanha sanitária criada para conter surtos de epidemias graves como varíola, malária, febre amarela, chagas, etc. Oswaldo Cruz assumiu a diretoria do Departamento de Saúde Pública e iniciou ações de combate às pestes. Essas ações eram realizadas pelos militares de forma autoritária e abusiva, sem os devidos esclarecimentos à população, o que causou revolta e protestos por parte da população insatisfeita.

Com a chegada de Carlos Chagas ao Departamento de Saúde Pública, iniciou-se a propaganda e educação sanitária e a criação de órgãos especializados no combate às doenças, assistência hospitalar, infantil e de higiene industrial. As campanhas já atingiam também as áreas rurais. Em 1923 foi criado a Caixa de Aposentadoria e Pensão – CAPS, cuja assistência era oferecida somente a quem possuía vínculos trabalhistas. Em 1930 a CAPS foi substituída por Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, um sistema cooperativista organizado por categorias profissionais. Salientando que a década de 1930 as políticas sociais ganham novas configurações ao mesmo tempo em que o sistema capitalista vivencia uma de suas maiores crises mundial com a quebra da Bolsa de Valores em 1929, gerando alarmantes índices de desemprego e falência de bancos e indústrias. Importante registrar que no governo de Getúlio Vargas foi promulgada a segunda lei federal de assistência aos doentes mentais – Decreto nº

24.559 de três de julho de 1934, que dispunha sobre profilaxia mental, assistência, proteção à pessoa dos psicopatas e fiscalização dos serviços psiquiátricos. A primeira lei foi instituída em 1903 pelo Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro e em 1941 foram criados o Serviço Nacional de Doenças Mentais – SNDM (ROSA, 2003).

O período de 1945-1960, caracterizado como período pós-guerra e de implantação do Welfare-State ou Estado de Bem-estar Social (vale salientar que o Brasil não viveu esse momento), o governo Dutra implantou o Plano Salte, criou o Ministério da Saúde em 1953, intensificou as campanhas de vigilância sanitária e definiu os serviços básicos de saúde oferecidos à população. No ano de 1960, o governo implantou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs.

O período conhecido como Médico Assistencial Privatista teve início com o surgimento da assistência médica previdenciária, desencadeado com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS em 1967 e Instituto Nacional Médico da Previdência Social - INAMPS em 1977, que viabilizou a política dos convênios com os setores privados de assistência médica. Neste período, a assistência prestada através do INAMPS não era universal, beneficiando apenas aos indivíduos contribuintes da Previdência Social, a população não previdenciária tinha acesso muito restrito à saúde e eram atendidos apenas em serviços filantrópicos.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual representa um marco histórico para a saúde, pois foi a primeira conferência aberta à sociedade e por meio dela foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Reforma Sanitária ganhou evidência através da 8ª conferência e trouxe mudanças inovadoras em todos os setores da saúde, contribuiu para reanimar os princípios democráticos pautados na defesa da universalização das políticas sociais, na construção de um sistema único de saúde tendo como base a intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e a participação social.

Com a Constituição Federal de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo regulamentado em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que definiu seu modelo operacional, sua forma de organização, seus princípios doutrinários, objetivos e atribuições. Esse novo modelo de saúde vigente é denominado Modelo Plural, tendo como característica mais importante a universalização do atendimento e a participação da sociedade. É certo que ainda não chegamos a um modelo perfeito de atendimento, pois são muitas as lacunas existentes no sistema SUS, porém, se analisarmos os avanços e as conquistas na área da saúde

nas últimas décadas perceberam que temos muito a comemorar e a certeza que devemos continuar na luta para que os serviços prestados à população sejam realizados de forma digna, igualitária e que os atendimentos sejam oferecidos com qualidade.

A Reforma Sanitária contribuiu para o processo da Reforma Psiquiátrica, contemplando as dificuldades e desigualdades sofridas pelos doentes. Ao longo dos anos é notória a evolução e as melhoras e os avanços no modelo de tratamento as pessoas com transtornos mentais, permitindo, dessa forma um modelo de tratamento mais humanizado. Diante do exposto, o referido estudo intenciona o aprendizado da historicidade da saúde no Brasil.

O movimento pela Reforma Sanitária atuou em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde; na defesa dos princípios da saúde coletiva; pelo estabelecimento da igualdade na oferta dos serviços; na defesa da participação dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e de produção de tecnologias de cuidado (Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil).

É importante ressaltar que o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é paparelo ao do surgimento do Movimento Sanitário, Movimento Plural e o período Médico Assistencial Privatista, da década de 1970, favoráveis às mudanças nos modelos de cuidado nas práticas de saúde, bem como o funcionamento de sua gestão, equidade na oferta dos serviços e importante protagonismo dos trabalhadores nos mais variados processos evolutivos nos gerenciamentos referentes ao cuidado com o paciente psiquiátrico.

Embora o contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (Mello, 2007. p.39.).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. (Mello, ET AL. 2007.p.40). Essa década ficou conhecida por dar início através dos movimentos sociais, trabalhistas, membros de associações familiares e profissionais, sindicalistas, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) o impulso necessário para o início das mudanças referentes ao trato da saúde mental.

É, sobretudo, este Movimento, por meio de variados campo de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de

assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais. (MELLO, 2007,p.40).

O II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM, realizado em Bauru, SP, no ano de 1987, trás como principal tema “Por uma sociedade sem manicômios” dando inicio ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. No mesmo período aconteceu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Nesse período, são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Santos, São Paulo, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. (MELLO, 2007,p.40).

Essa experiência no município de Santos se transformou em um marco no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, mostrando que a reforma era possível. Durante esse mesmo período, implantou- se também os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas.

É preciso atentar para a problemática na saúde pública brasileira, pois essa é histórica na perspectiva da reforma Sanitária, se evidenciando em metas a serem alcançadas, cuja finalidade é a obtenção de uma saúde legalmente eficaz determinando um efeito satisfatório para a sociedade. Movimento que cresce e vem ganhando representatividade através de profissionais da saúde na luta por uma reestruturação do sistema. (MOTA, 2008).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. (MELLO, 2007,p.41).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é criado em 1988, a partir da Constituição Federal (CF) no mesmo ano. Para que haja um bom funcionamento e gerenciamento do SUS se faz necessária a articulação entre os governos federal, estadual e municipal através dos Conselhos Comunitários de Saúde. Já em 1992 os movimentos sociais, inspirados e amparados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovação em alguns Estados à progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental.

É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. (MELLO, 2007,p.41).

Os anos de 1990 foram marcados pelo acordo do Brasil na assinatura Declaração de Caracas, na Venezuela, através da Conferencia Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e da realização da II Conferência Nacional da Saúde Mental.

(...) passam a entrar em vigor (...) as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências do primeiro CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (MELLO, 2007,p.41).

1.1.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA PÓS 2001: Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Manicômios Judiciários.

A Lei de Paulo Delgado é sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. A promulgação da Lei 10.216 impõe um novo ritmo ao processo da Reforma Psiquiátrica, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, na cidade de Brasília, passando a dar maior suporte de sustentação e uma maior visibilidade as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos. (MELLO, 2007,p.42).

A Política de Humanização surgiu em 2003 para efetivar os princípios do SUS, no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Esta política nasceu da necessidade de se reverter o quadro de “desumanização” e outras problemáticas encontradas na política de saúde. A questão da humanização é importante, pois o paciente será atendido na totalidade, não será tratada somente a patologia pelo médico, mas também pela rede socioassistencial por meio de uma equipe multiprofissional.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade e garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos também faz parte desta Política. Essa rede de serviços e equipamentos atualmente recebe a denominação de Rede de Atenção Psicossocial – RATS.

O CAPS veio com a finalidade de extinguir os Hospitais Psiquiátricos (Sanatórios), que acabavam por se tornar os lares desses pacientes onde, na maioria das vezes, eram abandonados por suas famílias. Estas, por sua vez, são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

Constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Surgiram inicialmente com o intuito de oferecer um melhor atendimento e tratamento para as pessoas portadoras de transtorno mental, como também para os seus familiares ou responsáveis. Atualmente, o equipamento desenvolve uma série de trabalhos, acompanhamentos e atividades, tais como: grupo de teatro, de música, de artesanato, roda de conversa e de leitura, escola, acolhimento feito pelo corpo de enfermagem.

“O Centro de Atenção Psicossocial tem como um dos seus objetivos dar um suporte terapêutico aos portadores de transtornos mentais e seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial mediante princípios como o respeito e a recontextualização das suas diferenças, inclusão social, preservação de sua identidade e sua cidadania.” (www.saude.df.gov.br) Cumprindo as legislações referentes à implantação de atendimento na área da saúde mental (224/92, 106/00), garantindo uma assistência integral (diária) e uma humanização no atendimento desses usuários.

O Programa de Volta pra casa foi proposto durante o II Congresso Nacional de Saúde Mental (1992) e sancionado em 2003. É umas das formas mais efetivas para a ressocialização das pessoas que tiveram um longo período de suas vidas internadas em “manicômios”. A desinstitucionalização e reintegração dos doentes mentais graves na comunidade são tarefas a que o SUS vem se dedicando nos últimos anos. Juntamente com os programas De Volta Para Casa e Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

Além do esperado desafio da mudança efetiva do modelo de atenção a saúde mental nos estados e municípios, o Programa de Volta pra Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possuem a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. (MELLO, 2007,p.50).

No ano de 2004 se adota uma nova estratégia para a redução progressiva dos leitos, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH). Tendo como principal estratégia a promoção dessa redução de leitos aliada macro hospitais com mais de 600 leitos e hospitais de grande porte, com até 600 leitos. Aumento progressivo do número de CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e habilitação dos municípios no Programa de Volta pra Casa. (Mello, 2007).

De janeiro de 2004 a maio de 2005, o Programa desativou cerca de 2000 leitos. O Ministério da Saúde espera ter reduzido, até o final de 2006, 3 mil leitos em hospitais psiquiátricos de grande porte. (Mello, Mello, Kohn, Cols. 2007.p.52.).

Esse processo de redução dos leitos e a desinstitucionalização de alguns pacientes com longo histórico de internação, desde os anos 1990, cresce a partir de 2002 a partir de normatizações do Ministério da Saúde.

Para avaliar o ritmo da redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, é preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração de diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade (...). (MELLO, 2007, p.43).

A discussão em torno dos manicômios judiciários é relativamente recente no que se refere à exclusão e violência sofrida pelas pessoas com transtornos mentais que estão em conflito com a lei.

No ordenamento jurídico brasileiro, as pessoas com transtornos mentais que cometem crimes são consideradas inimputáveis, isto é, isentas de pena. Essas pessoas são submetidas, no entanto, a medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, por meio da internação (...). A publicação da Lei 10.216, assim como as resoluções da III Conferência nacional de Saúde Mental, vêm fomentando, no entanto, de forma inequívoca, a mudança das práticas na assistência do louco infrator. (MELLO, 2007,p.55).

Segundo Foucault (1978 p.49-50):

O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (...). Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – O Hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem da repressão.

1.1.2 LUTA ANTIMANICOMIAL: transformações dos serviços psiquiátricos no Brasil.

O Movimento Antimanicomial é comemorado no Brasil no dia 18 de maio, em alusão ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1987 no Estado de São Paulo. Inicialmente esse movimento está ligado a Reforma Sanitária. Durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o tema central era “Cuidar, sim. Excluir, não”, tal afirmativa seguia uma ética de direção fundamental a atenção psiquiátrica com a intenção de mudar a realidade do Brasil, principalmente focando no se refere à saúde.

[...] melhoria das condições de saúde da população; o reconhecimento da saúde como direito social universal; a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; a reorganização do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE et al., 2002, p. 246).

Como processo decorrente deste movimento, temos a Reforma Psiquiátrica, definida pela Lei 10216 de 2001 (Lei Paulo Delgado) como diretriz de reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental transferida o foco do tratamento que se concentrava na instituição hospitalar, para uma Rede de Atenção Psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários e aberta.

A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Faz parte dessa política o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. (Ministério da Saúde).

O CAPS III tem como objetivo oferecer atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos pacientes através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercícios dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários como ações práticas e eficazes no que se refere ao bem-estar e melhora dos pacientes.

Como já foi citado, o CAPS foi criado com o intuito de substituir os hospitais psiquiátricos proporcionando um melhor suporte tanto para os pacientes, quanto para os seus familiares, cuidadores ou responsáveis legais. E já que foi criado com esse intuito substitutivo aos sanatórios, o mesmo deve oferecer todos os serviços também citados anteriormente com qualidade. Esses serviços vão desde a necessidade de proporcionar um cuidado mais intensivo até mesmo no que se refere à estrutura física do local, que deve oferecer ao usuário certo conforto e uma sensação de bem-estar e segurança. Esse local destinado ao “corpo físico” do equipamento em questão deve ser adequado a receber sua demanda e ser de fácil acesso para a população. Tal imóvel deve ter estilo domiciliar para que assim, possa proporcionar um melhor acolhimento desses pacientes. Sua formação profissional é composta por equipe multidisciplinar: Assistente Social, Enfermeiro, Médicos Psiquiatras e Clínico Geral, Pedagogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

CAPÍTULO II- A SOBRECARGA DO CUIDADO E EXPERIÊNCIAS DOS FAMILIARES DOS USUÁRIOS EM ATENDIMENTO NA REDE DE SAÚDE MENTAL DO CRATO- CE.

Os familiares de usuários que sofrem com transtornos mentais, quando assumem as responsabilidades do cuidado cotidiano, frequentemente relatam elevada cobrança pessoal e social, limitando seu dia a dia. Essa sobrecarga familiar é um componente essencial para o entendimento dos desafios de longo prazo relacionados à mudança do modelo de atenção em Saúde Mental implantado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

De acordo com as observações realizadas durante os Estágios Supervisionados I e II no Centro de Atenção Psicossocial- CAPS III no município de Crato-CE, no dia a dia, é notória a forma com que alguns usuários são tratados e acolhidos ou não. Em alguns casos nota-se um grande cuidado e preocupação por parte das famílias com o tratamento adequado de seus entes e em contraponto percebe-se também a falta de interesse de alguns em ter que ser o responsável pelo cuidado e tratamento dos seus.

São perceptíveis ainda, alguns casos em que as famílias não possuem os cuidados necessários apenas por não possuir conhecimento adequado de como tratar ou lidar com as mais diversas e adversas situações que lhes são impostas cotidianamente.

Diante de um perfil conservador que ainda permeia a sociedade, cada portador de transtorno mental tem seu dono e seguindo essa linha de pensamento, as famílias sentem-se pressionadas socialmente a se encarregarem dos seus. A rua parece representar uma condenação extrema significando um lugar de perdição e de perdidos, pelo anonimato e negligência que lhes são próprios.

O acompanhamento e apoio às famílias de usuários em atendimento na rede de saúde mental é um importante e urgente desafio da política pública. Os serviços de saúde mental, entre os quais os CAPS, apesar de realizarem, de acordo com as informações disponíveis, ações terapêuticas e de apoio dirigidas a familiares, não utilizam, de forma sistemática, estratégias de informação, educação em saúde e construção de autonomia, direcionadas a familiares de pacientes com transtornos mentais graves.

2.1. Breve relato sobre o surgimento dos CAPS.

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, sem dúvidas representam um grande marco e avanço na Política de Saúde Mental para a população, após a Reforma

Psiquiátrica exigiu-se a existência de transformações no trato da pessoa com transtornos psiquiátricos e nesse sentido a Lei Paulo Delgado passou a dispor sobre os direitos destes.

Segundo L'abbate (2003) os CAPS são responsáveis pela execução de um serviço aberto e comunitário de saúde do SUS. Esses serviços se dão em um ambiente referencial de tratamentos para pacientes que sofre com transtornos mentais, neuroses graves, psicoses demais quadros, cuja severidade e persistência que justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O CAPS foi criado com o intuito de substituir os hospitais psiquiátricos proporcionando um melhor suporte tanto para os pacientes, quanto para os seus familiares, cuidadores ou responsáveis legais. Os serviços oferecidos vão desde a necessidade de proporcionar um cuidado mais intensivo até mesmo no que se refere a estrutura física do local, que deve oferecer ao usuário um certo conforto e uma sensação de bem-estar e segurança.

Atualmente considera-se o CAPS um dispositivo como modelo e paradigma de atenção à saúde mental que se tornou componente central para determinada política no campo da saúde mental. O CAPS conquistou um lugar de existência prevista em lei, sendo designado como serviço de: “[...] atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [...]” ou ainda, “[...] serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo lógica do território.” (BRASIL, 2004, p. 31).

O CAPS surge como uma nova forma de tratar a pessoa com transtorno mental a partir de uma ótica humanizada, que busca articular a este processo a família e a comunidade, foi designado como um serviço de atendimento através de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo podendo possuir ainda o serviço ambulatorial que deve funcionar diariamente.

De acordo com Amarante (2003) a reestruturação da assistência psiquiátrica possibilitou que o doente mental permaneça com sua família, mas para que este convívio seja saudável e positivo, é necessário que o serviço esteja inserido numa rede de apoio articulada que tenham como objetivo a oferecer uma rede de cuidados de forma contínua.

O atendimento no CAPS deve ocorrer de forma contínua e por meio da articulação de uma rede composta pela participação do Estado através de por outras políticas públicas, pela família e pela própria sociedade como forma de fortalecer e de possibilitar aspectos positivos a este tratamento. Os CAPS classificam-se em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSI e CAPS AD, onde todos devem obedecer à exigência da diversidade profissional de acordo com cada tipo e suas próprias características (Ferreira et. al. 2016).

De acordo com as colocações de Ferreira et. al. (2016) em 1989 foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em São Paulo, demonstrou a indiscutível influência direta dessas experiências na política nacional em saúde mental. Em 1992 o Ministério da Saúde fez a publicação da Portaria nº 224/92, que estabeleceu as diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, reafirmando os princípios do SUS, instituiu e regulamentou a estrutura de novos serviços em saúde mental, orientados nas experiências do CAPS e do NAPS.

Os CAPS e os NAPS surgiram como forma de questionar e reverter às situações em que se encontravam as pessoas com transtornos mentais naquele período, seguindo o caminho inverso dos manicômios pretendendo criar um dispositivo social onde através do tratamento a exclusão também é fortemente questionada.

Para Brasil (1997) os novos serviços, denominados pela portaria como CAPS/NAPS, foram definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população segundo a sua localização, e que deveriam oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

A proposta é tratar pessoas com transtornos mentais que residam dentro de seu território de abrangência, mas ressalta-se que na maioria das vezes esse território equivale ao município como um todo.

Ferreira (2016) aponta que os CAPS/NAPS são a porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.

Os CAPS/NAPS se comparado a outras políticas que possuem serviços hierarquizados e regionalizados, podem ser considerados a porta de entrada da política de saúde mental, onde toda e qualquer demanda antes que se refere a transtornos psiquiátricos passam inicialmente pelo CAPS/NAPS.

Dessa forma, Ribeiro (2004) afirma que os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário que se constituíram numa ampliação da intensidade dos cuidados aos portadores de transtornos mentais e de sua diversidade, incluindo suas particularidades.

Ao falar sobre a particularidade do indivíduo que é visada pelo CAPS na intensidade de seus cuidados, remete-se a refletir sobre todo o seu contexto de vida, como história, família, local em que vive desta forma entende-se que o CAPS tem como propósito de seus serviços o atendimento diário as pessoas com transtornos psiquiátricos preservando e valorizando como fator primordial do tratamento as especificidades do sujeito.

Ferreira et. al. (2016) explicita que o CAPS/NAPS é compreendido como instituição que objetiva o atendimento multidisciplinar, através do modelo de atendimento o trabalho em rede, que ocorre através da comunicação ativa entre a atenção básica, Estratégias de saúde da Família, a própria família o sujeito. Desse modo, o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários garantindo-lhes o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Desta maneira, conclui-se que o CAPS/NAPS é um serviço humanizado que busca atender pessoas com transtornos psiquiátricos através do trato humanizado, articulando uma rede de proteção que vai interferir positivamente na vida do sujeito garantindo-lhes sua reinserção social através da garantia de seus direitos, proporcionando-lhes uma vida digna.

2.2. A importância da família, Estado e comunidade no tratamento do usuário com transtorno mental.

Ao citar sobre a importância da família, não se pode esquecer-se de citar sobre suas mudanças históricas e culturais pela qual perpassou ao longo dos anos, faz-se pertinente compreender que em um contexto atual, a família apresenta diversas características e concepções, deste modo, a família juntamente com o Estado e a comunidade possuem um papel fundamental no que se refere ao cuidado com a pessoa com transtorno mental tratando também da inserção ou reinserção do indivíduo na sociedade.

Neste sentido, Nogueira e Costa (2011) apontam que a família pode ser entendida como um sistema que diversifica vários contextos e que é instância constituída de pessoas que compartilham sentimentos e valores formando laços de interesse, solidariedade, afetividade e reciprocidade. Pois podem existir inúmeros conceitos sobre família, entretanto, através de um ponto comum pode-se afirmar que esta é união de membros de uma família, com ou sem laços consanguíneos, se dá a partir da intimidade, do respeito mútuo, da amizade, da troca e do enriquecimento conjunto.

A família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares (SILVIO, 2002, p. 14).

Pensando sobre tais colocações, compreende-se que família ou núcleo familiar, é composto por pessoas que não necessariamente precisam ter laços consanguíneos, mas,

necessita ter interesses, sentimentos e o mais importante, a existência de vínculos afetivos, que tornem as pessoas próximas.

Na contemporaneidade surgem inúmeras organizações familiares alternativas, que segundo Simionato (2003) são compostas por: casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões, casais homossexuais adotando filhos legalmente; casais com filhos isolados ou mesmo cada um vivendo com uma das famílias de origem; as chamadas produções independentes tornam-se mais frequentes, e ultimamente duplas de mães solteiras ou já separadas compartilham a criação de seus filhos.

Deste modo, pode-se dizer que as famílias contemporâneas são formadas através de diversas composições e não mais exclusivamente por pai, mãe e filho. Entretanto, utilizando-se das colocações de Nogueira e Costa (2011) as famílias mais empobrecidas, ou seja, de classe socioeconômica menos favorecidas a realidade da composição família, modificou-se ao longo do tempo e já não atende o modelo tradicional de família nuclear, onde o pai é provedor, a mãe cuida da casa e os filhos estudam, elevou-se o número de núcleos familiares compostos apenas por mulheres e seus filhos menores, e também o número de pessoas de famílias moradoras de rua.

Ao realizar uma análise sobre tais colocações identifica-se que nas famílias mais pobre predomina-se uma composição familiar que tem a mulher enquanto chefe de família, ou seja, estas comandam seu próprio lar e cuidam geralmente sozinhas de seus filhos, além de ser a única e principal responsável pelo provimento do sustento familiar. Os autores supracitados destacam ainda que além do elevado número de mulheres à frente da responsabilidade de suas famílias, elevou-se ainda o número de moradores de rua.

Ao longo do tempo, as famílias encontraram situações adversas sobre seu conceito, considerando que em uma sociedade essencialmente patriarcal, conservadora e machista é comum que se encontre resistência e discriminação ao que é visto como diferente, ou que fuja dos padrões pré-estabelecidos. Nogueira e Costa (2011) afirmam que na sociedade contemporânea a família se apresenta como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade. Apresenta-se ainda como uma mescla de aceitação e modificação.

Para Takashima (2000) no início dos anos 2000 era possível perceber a grande fragmentação e isolamento das famílias existente nas políticas públicas através de ações como: o Trabalho Educativo direcionado a faixas-etárias específicas, o Programa de Atendimento do Idoso, Saúde da Mulher e etc. Entretanto, tais ações foram replanejadas e executadas através de programas e políticas que objetivam trabalhar o grupo familiar,

analisando as particularidades de cada sujeito, sem deixar de perceber o grupo familiar em sua totalidade.

As políticas públicas devem atender ao sujeito sem dissociar dele a sua família, pois se sabe que não há superação que qualquer problemática particularizada, sem que haja a participação e o engajamento da família, como unidade principal de todo e qualquer processo.

Dessa forma, Nogueira e Costa (2011) acreditam que a família desempenha papel fundamental não só enquanto lócus de afiliação ou de reafiliação social, mas também com a relação com o Estado, na perspectiva de instituição social decisiva ao desenvolvimento de integração social.

Não há integração social ou superação das demandas sociais, sem que haja principalmente um engajamento ou a participação da família em qualquer que seja ação, pois a família se apresenta como a base primordial de um sujeito no que se refere aos seus cuidados, responsabilidade e construção de vínculos.

Deste modo, Silva (2014) afirma que embora a família seja capaz de produzir cuidados relacionais de pertencimento, capazes de promover cuidados e melhor qualidade de vida aos seus membros além de uma efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem, sabe-se que estas expectativas são possibilidades e não garantias.

Ao tratar sobre tais colocações traz-se nesse momento reflexões no que se refere à importância da família e sua relevância no tratamento de pessoas com transtorno mental. Compreendendo que sua intervenção nesse processo culmina numa enorme possibilidade de alcançar resultados positivos e expansivos nesse contexto, mas, que de fato, a garantia da resolutividade deste tratamento, só ocorrerá quando houver uma articulação entre família, Estado e Sociedade.

Para Silva (2014) os discursos que permeiam o envolvimento dos familiares no tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos sobre o processo do cuidar, estão constantemente marcados pelo olhar diagnosticador de sintomas culpabilizadores, que buscam compartilhar pesares e saberes. Constroem-se novos dispositivos de cuidados; de entendimento e surgem novas percepções que enxergam que os familiares também necessitam de assistência de cuidados de acolhimento e tratamento, tão quanto o portador acometido da doença mental.

A família que é tantas vezes responsável e cuidadosa com seus membros durante o tratamento, é muitas vezes vista pela sociedade através de olhares taxativos que diagnosticam e culpabilizam o núcleo sem conhecê-lo em sua essência, nesse momento, é compartilhado saberes e pesares pela sociedade que muitas vezes não cumpre o seu papel. Deste modo, surge

a necessidade de se construir novas formas de cuidado que busquem trabalhar não somente a pessoa com transtorno mental, mas sua família que muitas vezes é sobrecarregada quanto aos seus cuidados.

De acordo com Navarini e Hirdes (2008) a existência de uma pessoa com transtorno psiquiátrico na família, produz impactos sobre outros membros, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem o acompanhamento de seus membros adoecidos e cuidado com eles. Contudo, essa sobrecarga familiar é sentida através de aspectos emocional e físico, mas também nos encargos econômicos, pois as pessoas com transtornos psiquiátricos apresentam comumente obstáculos para trabalhar e se manterem economicamente, implicando uma situação de dependência da família.

Complementando as colocações de Navarini e Hirdes (2008), Melman (2001) cita que nos últimos anos o conceito de sobrecarga familiar foi muito utilizado para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estavam submetidos na convivência com uma pessoa com transtorno psiquiátrico, o que representa um peso material, sentimental e social para a família.

Quando se fala em sobrecarga da família que possui membro com transtorno psiquiátrico, essa sobrecarga engloba diversos fatores, entretanto, não se pode descartar a hipótese de que o maior peso está na responsabilidade do cuidado, pois o cuidado vai além de gastos materiais, mas envolve principalmente questões sentimentais e sociais.

Sobre estes cuidados, é fundamental ressaltar as colocações de Prado (1981) quando cita que:

O cuidado é majoritariamente um encargo da família como um todo, embora causando uma sobrecarga no provimento de cuidados sobre um único ente familiar, que tende a ser o único cuidador no grupo, lidando diretamente com os conflitos de papéis. “Uma família é não só um tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos”. (PRADO, 1981, p.23).

Desta maneira, é visto que a maior responsabilidade no cuidado das pessoas com transtornos psiquiátricos é da família, que muitas vezes esse cuidado torna-se uma sobrecarga por encontrar-se depositado em um único membro familiar causando diversas situações conflituosas que acabam não definindo os papéis de todos os seus membros.

Para Melman (2001) a vivência de catástrofe ou conflitos desestruturam as formas habituais de lidar com situações do cotidiano, e muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, vivenciando dúvidas e conflitos. Nessa mesma vertente, Rosa (2003) afirma que “[...] o transtorno mental provoca deslocamentos nas

expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência no grupo” (p. 243). A família é levada a mudar rotinas, costumes, valores com os quais até então estava acostumada a lidar, devido ao rompimento, à outra direção que a realidade, que o transtorno convoca.

Deste modo, além do excesso de cuidados da família junto ao membro com transtorno psiquiátrico que pode sobrecarregar alguns membros da família, existe ainda a ausência do preparo dos familiares junto à compreensão da necessidade do cuidar, enfrentar ou agir diante de tal problemática, ou até mesmo a problemática resulta em uma mudança repentina da rotina familiar, dos costumes, rompendo assim com alguns valores e condições estruturais, sentimentais e afetivas da família, enfatizando que tais comportamentos crescem diante daquelas famílias que vivenciam situação de vulnerabilidade social.

De acordo com Navarini e Hirdes (2008) o transtorno psiquiátrico significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem moral, social ou psicológica para o doente e a família. E por isso, a família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento.

A face real da questão da vulnerabilidade social vem avassalar esses vínculos, pois a realidade mostra que na maioria dos casos as famílias não têm informações suficientes acerca dos cuidados, algumas são analfabetas ou possuem pouca escolaridade. O adoecimento mental de um membro abala, frequentemente de forma intensa, a autoestima dos pais e familiares. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos (MELMAN, 2001, p. 32). Segundo Rosa (2003, p.59), a ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para a doença.

Até hoje é comum se enxergar casos em que as famílias não sabem como lidar com o transtorno mental de seus membros, principalmente para aquelas famílias que se encontram dentro de um perfil de vulnerabilidade e que como já citado anteriormente, muitas dessas famílias possuem uma constituição diferente tendo como chefe de família uma mulher, a mãe.

Melman (2001) ressalta que na tradicional divisão de tarefas dentro do lar ocorrem modificações importantes: com o trabalho fora de casa, decorrente da inserção feminina no mercado de trabalho, o tempo da mulher para cuidar dos filhos foi diminuído, e conseqüentemente o homem foi mudando seu espaço no interior da família, assumindo

inclusive tarefas antes tipicamente femininas. A mulher torna-se mais autônoma e competitiva, ao mesmo tempo em que o homem aprende a ser mais cuidador nas relações.

Pensando nesse contexto o homem e a mulher passam a assumir papéis diferentes daqueles socialmente construídos no intuito de organizar melhor o tempo de cuidado junto a pessoa em tratamento, contudo pode-se neste momento fazer ainda uma breve referencia ainda aquelas famílias que são compostas por diversos outros membros e que possuem pouca escolaridade e entendimento sobre o assunto, por esta razão acabam se sentindo culpados ou até mesmo esgotados diante de um problema que parece não ter fim, e que a sociedade por sua vez, abandona seu papel de tornar-se parte no processo de orientação e cuidados, apontando apenas as razões pelas quais o tratamento não possui eficácia.

De acordo com as colocações de Paula (2016) a partir da lei 10.216/011, ficou disposto que a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais deveriam ser redirecionados ao modelo assistencial em saúde mental, configurando-se novas práticas em relação aos portadores de doença mental no Brasil, através de um tratamento humanizado, eliminando as internações infundáveis e criando mecanismos de reinserção social. A lei tem ainda como objetivo garantir que pessoas acometidas por transtornos mentais sejam asseguradas de qualquer forma de discriminação, que seus familiares sejam cientificados e que o tratamento seja por meios menos invasivos possíveis. Além de estabelecer esforço em evitar internações sob responsabilidade do Estado e acompanhamento jurídico que vise o bem estar e a respeitosa tentativa de reinserção social do paciente em seu meio.

Desta maneira, é possível verificar que a lei não somente busca o fim da internação, mas, tem como foco principal o tratamento humanizado que parte desde a transmissão de conhecimentos sobre o transtorno que deve ser repassado a família, até a garantia do direito eliminando toda e qualquer forma de preconceito ou discriminação, além disso, deve ser evitada qualquer internação realizada sob a responsabilidade estatal, entendendo que esta articulação entre família, sociedade e Estado é a principal proposta de reinserção social destas pessoas.

Entretanto, sobre a pessoa com transtorno psiquiátrico e a sociedade, Paula (2016) cita que:

A categoria —louco contempla algumas divisões, o que depende da gravidade da —doença mental. A própria definição do que é considerado doente, sob a ótica da construção social, torna imperiosa a discussão dos espaços de normalidade e anormalidade na compreensão da relação deste grupo com a sociedade. (PAULA, 2016, p.12)

Para Navarini e Hirds (2008, p. 682) No imaginário social, o ser “louco” ou ser pessoa com transtorno psiquiátrico, vai depender do que a sociedade entende dentro de um grau de normalidade ou não, vai depender da gravidade da doença e são categorias socialmente construídas e segregadas. Para a sociedade um “louco” solto na rua expressa um perigo, por seu comportamento considerado imprevisível e violento, ou seja, há uma homogeneização do “louco” e da loucura como expressão do perigo.

Na contramão desse imaginário social, é possível observar que diferente do que se propagam, socialmente, as famílias, em sua maioria, têm outra leitura dessa realidade, ou seja, preocupa-se pela multiplicidade de riscos que a rua representa para o doente, sobretudo se for do sexo feminino: ser estuprada, morrer afogada num rio, ser agredida num canto qualquer, ter que dormir num banco de praça, ao relento. Enquanto a rua distante e fora do controle dos familiares constitui um risco, a rua das proximidades, havendo boas relações com a vizinhança e parentes, pode converter-se em uma rede de suporte de ajuda material, afetiva e de cuidados.

Deste modo, faz-se pertinente entender que a vizinhança também faz parte da sociedade e que muitas vezes se torna um refúgio para a pessoa com transtorno mental, quando bem acolhida e respeitada e ainda tornar-se um suporte para a família através de ajuda material, afetiva e dos cuidados, pois muitas vezes a vizinhança pode ser ainda uma ferramenta de transmissão de conhecimentos acerca do transtorno mental para a família que não conhece tão bem e que muitas vezes não sabe como lidar.

Nogueira e Correia (2011) afirmam que mesmo após tantas transformações em relação aos paradigmas da saúde mental preconizados pela reforma psiquiátrica, percebe-se que até hoje, as pessoas com transtorno psiquiátrico principalmente aqueles pacientes graves, sofrem forte estigma e discriminação pela sociedade e também no seio familiar em razão da complexidade dos diversos sintomas apresentados pela doença. E é exatamente nos momentos de crise que os familiares, e demais pessoas, presenciam tal situação, e acabam rotulando o familiar doente de “louco”.

Os momentos de crise são considerados como os momentos mais difíceis para a família e para a sociedade ou comunidade, onde é mais fácil rotular o doente enquanto “louco” do que buscar soluções para tratar a doença, que gera uma forte situação de discriminação.

Moreno (2000) aponta que o pouco entendimento dos familiares sobre estes transtornos faz com que busquem detectar a doença através de exames procurando um local no cérebro que possa justificar as alterações do comportamento apresentadas pelo paciente,

porém isso nem sempre é possível e causa muita ansiedade na família demonstrando que ela também precisa de cuidado.

Para Rheinheimer e Koch (2016) o usuário dos serviços de saúde mental, muitas vezes, exige mais atenção e cuidados especiais, o que gera sobrecarga, sofrimento e, algumas vezes, descaso por parte de alguns membros da família. A responsabilidade do cuidado das pessoas com transtorno mental deve ter como base a família, mas não se pode negar a importância de uma pactuação ou compartilhamento desse cuidado, junto ao Estado e a sociedade que muitas vezes omitem-se de suas obrigações e sobrecarregam ou culpabilizam as famílias quando a mesma não consegue sozinha manter a responsabilidade junto a seus membros. A questão contrária acontece também quando a família deixa de cumprir seu real papel e culpabilizam ou responsabilizam integralmente o Estado e a sociedade.

É ainda comum perceber nesse contexto, aquelas famílias que não querem ter responsabilidade alguma com seu membro, e que preferiam o processo de internação, onde as pessoas eram deixadas como objetos em depósitos, sem qualquer atenção e cuidado por parte da família, que de certa forma era também responsável por maiores agravos. Pois um tratamento pactuado e que tem a família como base, tem maior chance de tornar-se eficaz e de alcançar a reinserção social do indivíduo.

Segundo Silva (2014) é real a necessidade de adesão e pactuação entre o Estado e a Sociedade, sobre a legitimidade da atenção das Políticas Públicas em Saúde Mental, que estejam principalmente destinados a grupos em situações de risco social. A Reforma Psiquiátrica brasileira intensificou a manutenção por um novo olhar de cuidados em saúde mental no âmbito familiar enquanto substituição das estruturas asilares.

É fundamental ressaltar ainda que com após a Reforma Psiquiátrica as estruturas asilares foram substituídas, isso quer dizer que a prisão, o asilo não é mais permitido tendo em vista a necessidade de que estas pessoas convivam em sociedade, entretanto, ainda existem famílias que por não saber como lidar com seu membro acabam realizando o enclausuramento.

Por isso Silva (2014) estabelece que diante do processo de desinstitucionalização percebe-se a necessidade da aproximação da família com a política de Saúde Mental numa perspectiva de integração com as demais políticas setoriais, pois a família também deve ser inserida em ações de atenção integral à Saúde Mental enquanto medidas preventivas que intensifique a consolidação do modelo assistencial para os serviços de base comunitária e aberto, com a intervenção do Estado. Contudo é fundamental reconhecer a importância da

assistência ao portador de transtorno psiquiátrico no âmbito familiar e em parceria com os novos serviços substitutivos.

É de suma relevância a assistência familiar junto à pessoa com transtorno psiquiátrico, por ser uma unidade que deve ser construída através de vínculos afetivos, sentimentos, valores e cuidados e que se torna a mais importante no tratamento. Entretanto, não se pode descartar a primazia da participação do Estado através dos serviços que são oferecidos pelas Políticas Públicas, e que por sua vez devem atender não somente a pessoa que necessita da Política de Saúde mental, mas, trabalhar a família através de ações preventivas, enfatizando sempre através da orientação e do conhecimento o quanto é fundamental a aproximação familiar, que se no passado viesse sendo trabalhada teria evitado inúmeras internações desnecessárias.

Segundo Melman (2001) a participação da família no tratamento através do cuidado com o portador de transtorno psiquiátrico tem sido cada vez mais valorizada na proposta da Reforma Psiquiátrica que visa a desinstitucionalização, como uma nova proposta, sendo possível assistir um número maior de pessoas em serviços extra-hospitalares. Esse momento pode ser considerado um fenômeno que introduz novos elementos no campo da articulação entre famílias e o serviço de saúde mental obrigando as partes envolvidas a rediscutirem as bases de uma nova relação.

O fim da institucionalização de pessoas com transtorno psiquiátrico foi uma forma de fazer com que as esferas representadas pela família, sociedade e Estado passassem a repensarem, rediscutirem e reorganizarem suas ações, revendo sua importância no tratamento dessas pessoas, partindo do princípio do estabelecimento de uma nova relação entre ambos. Nesse sentido, cabe ao Estado a execução de políticas públicas efetivas que sejam consolidadas conforme legislações, garantindo a estas pessoas e suas famílias seus respectivos direitos.

Sendo assim, Borba et. al. (2011) destaca que o papel da família é cuidar, incentivar, estar presente, ser suporte seguro e confiável, pois é neste âmbito que os seus integrantes buscam apoio, compreensão e possibilidades. Sabe-se que relação da família com a pessoa com transtorno mental muitas vezes é tensa, mas quando os sintomas decorrentes do transtorno estão controlados, a convivência pode ser harmoniosa e capaz de entender o ser humano com transtorno mental é dotada de capacidades, que mesmo com algumas limitações, é capaz de se relacionar e desenvolver atividades.

A família é a unidade de maior importância no tratamento, pois como terá maior tempo junto a pessoa com transtorno mental, será possível vivenciar momentos conflituosos, harmoniosos e extrair de cada momento as possibilidades de compreender melhor o

comportamento dessas pessoas identificando suas capacidades e potencialidades. Ainda neste sentido, a família deve desempenhar seu real papel transmitindo segurança, cuidados e afetividade a seus membros para que essa convivência torne-se relevante e produza efeitos positivos no tratamento.

Conforme Pereira (2008) enfatiza, é aí que se encontra a importância de uma rede de apoio fortalecida, tanto da rede primária: outros familiares, amigos, vizinhos, comunidade e etc., quanto da rede secundária: instituições e serviços públicos. Além do Estado, todos devem se responsabilizar, pois a exclusão não ensina ninguém a conviver com as diferenças, sabe-se que é comum que os usuários e familiares se isolem em razão do sofrimento psíquico.

Destaca-se por fim, a importância em dividir a responsabilização no trato a estas pessoas onde a sociedade deve através de suas ações, executar práticas que visem à inclusão social em respeito às diferenças, abrindo espaço para estas pessoas e suas famílias que acabam sendo também excluídos. Ao Estado cabe a realização de seu papel junto aos serviços resgatando os indivíduos e suas famílias para o convívio social através da reinserção, propiciando espaços para a família através do acesso às políticas públicas abram espaço para a sua sociabilidade.

CAPÍTULO III- CAPS: UM SUPORTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.

3.1. Procedimentos Metodológicos

A referida pesquisa constituiu-se através de um percurso metodológico que demarca o processo utilizado para o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo ela descritiva e de campo. Segundo Minayo (2001) a metodologia da pesquisa equivale ao caminho do idealizado e a prática exercida na abordagem da realidade.

Considera-se assim, que os procedimentos metodológicos de uma pesquisa, é composto pelo conjunto de estratégias e o percurso traçado para a consolidação da pesquisa, que será efetivada a partir do alcance dos objetivos geral e específicos.

Sendo assim, as estratégias e o percurso utilizado para a constituição desta pesquisa pautou-se em um estudo bibliográfico, de campo e de natureza qualitativa, buscando analisar as questões que constituem o fenômeno do transtorno psiquiátrico, através da leitura, compreensão e interpretação de materiais bibliográficos, que de acordo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica tem como base materiais já elaborados, constituídos principalmente de livros, artigos científicos, revistas e outros materiais.

Já a pesquisa de campo para Gil (2002) é observado como o aprofundamento de questões propostas através de características da população segundo determinadas variáveis. O estudo de campo apresenta muito maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos sejam reformulados ao longo da pesquisa.

A natureza qualitativa da pesquisa se caracteriza enquanto um estudo da realidade que não pode ser quantificado, Minayo (2001) complementa que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, já Gerhardt (2009) cita que a pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, trabalha com o universo de significados.

Este tipo de método é muito utilizado tanto em pesquisas bibliográficas, como de campo, por se caracterizar enquanto um estudo da realidade, ou seja, proporciona uma maior aproximação com os fenômenos e fatos sociais, sendo possível ainda atribuir significados, valores e emoções ao que é visualizado em campo.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário criado pelo próprio pesquisador e composto por perguntas objetivas e subjetivas, dividindo-se em duas partes,

uma tendo como base a relação entre usuários, familiares e CAPS III, questões relacionadas aos efeitos do tratamento através dos serviços ofertados pelo CAPS.

O universo da pesquisa foi composta por quatro profissionais, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicólogo que compõem a equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial- CAPS em Crato-CE, onde a população foi estabelecida a partir daqueles que aceitaram responder os questionários e compuseram a amostragem deste estudo. Cabe ainda enfatizar que a coleta dos dados foi realizada durante o mês de maio de 2018, e posteriormente foi realizada a sua análise, bem como, as reflexões realizadas pelo pesquisador.

Os dados da pesquisa, que serão apresentados a seguir, mediante resolução do Conselho Nacional de Saúde- CNS 510/2016, que trata do sigilo em pesquisas realizadas com seres humanos, e como forma de preservar a identidade profissional e pessoal dos participantes da pesquisa serão representados pela letra “P” que representa a palavra profissional, seguida de um número de identificação, exemplo: P1, P2, P3, P4.

3.2. Surgimento e Caracterização do CAPS Crato.

A implantação da reforma psiquiátrica aconteceu de forma lenta em toda a região do Cariri quando comparado com outras localidades do Brasil que passaram pelo mesmo processo, só que de maneira mais rápida. Isso é visto na prática pela quantidade e qualidade insuficientes referentes aos serviços prestados para a saúde mental distribuído por toda região. Esta lentidão pode ter sido ocasionada pela falta de interesse de gestores passados pela saúde mental e também pela disponibilização dos incentivos financeiros nas políticas da saúde necessárias para a efetivação desse processo.

Crato tinha até fevereiro de 2016, a Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza (inaugurado em 1970 e único hospital psiquiátrico do interior do Ceará), um CAPS II, inaugurado em 2002, e um Hospital-Dia (pertencente à Casa de Saúde e Hospital Psiquiátrico Santa Tereza), inaugurado em 2005, ambos atuando como serviços complementares ao hospital, com serviços não substitutivos. No ano de 2016 começam as reformas para construção dos leitos psiquiátricos no CAPS II, seguindo a mudança de CAPS II para CAPS III.

No dia 1 de novembro de 2017 iniciou os plantões CAPS aumentando a capacidade e qualidade no atendimento aos pacientes da saúde mental. O CAPS III (Localizado a Rua Coronel Antônio Luiz, 1323, Bairro Pimenta em Crato município que fica no sul do Ceará a

540 km da capital Fortaleza e de acordo com o Senso do IBGE 2010 a cidade do Crato tem 121.462.00 habitantes) atende, prioritariamente, pessoas em sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais, pacientes relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Dispõem de serviços de atenção contínua, funcionando vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana (ininterruptos), ofertando atendimento clínico e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD que atende pessoas com idade superior a 18 anos e que apresentam distúrbios decorrentes do álcool e outras drogas.

Este atua na perspectiva de reinserção social dos usuários com transtorno mental, provendo a estes o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e busca o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, na qual o seu público alvo são pessoas adultas. Na qual presta serviço intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

A programação dessa instituição constitui-se através de grupos, atendimento individual, psicoterapia, visitas domiciliares, consulta medicamentosa e oficinas terapêuticas. Cada uma dessas atividades possui uma particularidade e significado no tratamento, que vão desde a aceitação do tratamento, até o fortalecimento dos laços familiares e a orientação familiar sobre a responsabilidade desta no tratamento.

Não podemos deixar de citar que o tratamento no CAPS deve ter ação continuada na família que é onde o cuidado e vínculo afetivo se desenvolve, se fortalece ou se fragmenta. Quando as famílias e os pacientes não recebem devida atenção do Estado no que se refere às informações básicas de cuidado, existe uma maior dificuldade de melhora do usuário, surgindo uma série de fatores determinantes e condicionantes de uma crise.

3.3. Análise e discussão dos dados

Ao realizar a aplicação dos questionários com os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS em Crato-CE, foi possível através de suas respostas encontrarem algumas citações acerca do atendimento do CAPS, bem como sobre a presença e a relevância do apoio familiar durante o tratamento dos usuários do CAPS. Desta maneira, foi através destas respostas que aconteceu a análise dos resultados da pesquisa.

Como o questionário foi formulado com perguntas objetivas e subjetivas, buscou-se sintetizar algumas respostas através de gráfico, facilitando a compreensão da análise e podendo ainda ser mais bem compreendida por outros pesquisadores.

Desta maneira, a primeira pergunta do questionário buscava identificar a opinião dos profissionais sobre se as famílias têm participação ativa nas reuniões mensais do CAPS III, onde através das respostas obtidas formulou-se o seguinte gráfico:

Gráfico 1: Sobre a participação das Famílias nas reuniões.



Fonte: Primária 2018

Conforme possível observar no gráfico, 50% dos profissionais responderam que as famílias possuem participação ativa nas reuniões que ocorrem no CAPS III, enquanto 50% respondeu que não, que não existe participação ativa nas reuniões por parte dos familiares. Sendo assim, compreende-se que as famílias dos pacientes atendidos no CAPS III em Crato-CE, não são muito participativas no acompanhamento de seus familiares, o que de certa forma prejudica o paciente em seu processo de tratamento e ainda vai contra os princípios estabelecidos pela Reforma Sanitária.

Sobre esta relação tão importante entre família, paciente e instituição, Martins e Lorenzi (2016):

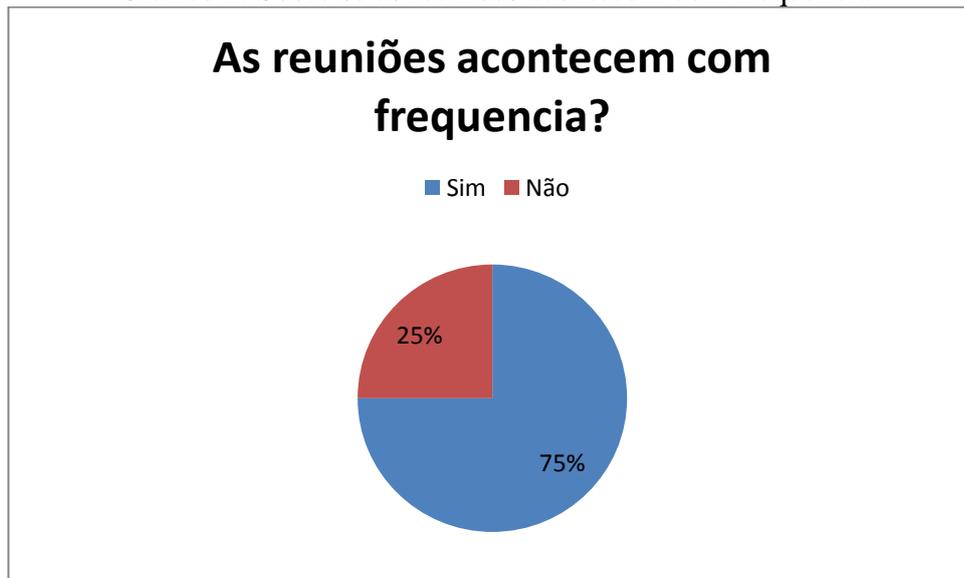
Consideramos os familiares como atores centrais na construção do cuidado psicossocial em saúde mental. Acreditamos, portanto, que escutá-los e valorizar o seu próprio saber – seus entendimentos sobre o que lhes é benéfico – pode ser um caminho para o aperfeiçoamento do trabalho com as famílias nesse campo. (MARTINS E LORENZI, 2016, p. 3)

É fundamental compreender neste processo, que a família é considerada a base ou a parte primordial no tratamento e no cuidado de pessoas com transtornos mentais, e que a troca de informações e de relatos entre família e a equipe profissional que atende o paciente é uma forma de entender a rotina do paciente e buscar melhores soluções para que o tratamento

ocorra de maneira efetiva. Por isso, é fundamental citar ainda que essa relação produz inúmeros benefícios e aperfeiçoa o trabalho da equipe profissional.

Em seguida, os profissionais foram perguntados sobre se estas reuniões com os familiares acontecem com frequência na instituição. Desta maneira, as respostas obtidas deram origem ao gráfico 2, conforme possível verificar a seguir:

Gráfico 2: Sobre se as reuniões acontecem com frequência



Fonte: Primária 2018

Observa-se que 75% dos profissionais responderam que as reuniões familiares acontecem com frequência no CAPS III, e apenas 25% responderam que não ocorre com frequência. Fazendo uma análise sobre a resposta da maioria dos profissionais é importante compreender que mesmo perante a ausência de tantos familiares nesses momentos, eles acontecem. Sabe-se que mesmo não tendo um número de participantes, é imprescindível que esta relação entre profissionais e famílias ocorra.

De acordo com Rodrigues e Palma (2015), essa relação se faz muito importante, pois existem diversos motivos que indicam a importância do trabalho com a família no tratamento de pessoas com transtornos mentais, pode-se dizer que muitos familiares, não possuem o conhecimento adequado sobre transtorno mental, podendo muitas vezes agir de forma errônea ou até desumana, não garantindo as suas necessidades e direitos básicos, por não compreender os comportamentos, e acabam agindo sobre a crença da inutilidade.

Refletindo sobre as colocações do autor supracitado, a relação entre familiares e profissionais se faz fundamental ainda para que a família passe a compreender o que é o transtorno psicológico, pois durante muitos anos viram-se famílias violar os direitos de seus

próprios membros pela consequência da falta de informações e conhecimentos. E quando estas reuniões ocorrem com frequência nas instituições, mesmo quando a família não é assídua, as poucas que participam conseguem apreender as informações repassadas.

Dando continuidade as perguntas realizadas no questionário, a terceira indagação aos profissionais foi sobre a existência de famílias com casos de mais de um portador de transtorno mental sendo atendido pelo CAPS III, dentre as respostas obtidas, o gráfico apresenta que:

Gráfico 3: Sobre as famílias com mais de uma pessoa com transtorno mental atendido pelo CAPS.



Fonte: Primária 2018.

Através do gráfico percebe-se que todos os profissionais, representando 100% da população pesquisada, afirmaram a existência de famílias com mais de uma pessoa com transtorno mental e que é atendida pelo CAPS III, fazendo-se compreender assim que existem familiares que realizam o tratamento na mesma instituição, e que muitas vezes o problema do transtorno mental pode ser hereditário.

É pensando desta forma, que se faz tão importante a conscientização de toda a família sobre o transtorno mental e sua importância neste tratamento, pois se para muitos familiares é complexo a aceitação e o entendimento de um membro da família com transtorno mental, imagina-se como a família reage quando há mais de uma pessoa com o mesmo transtorno.

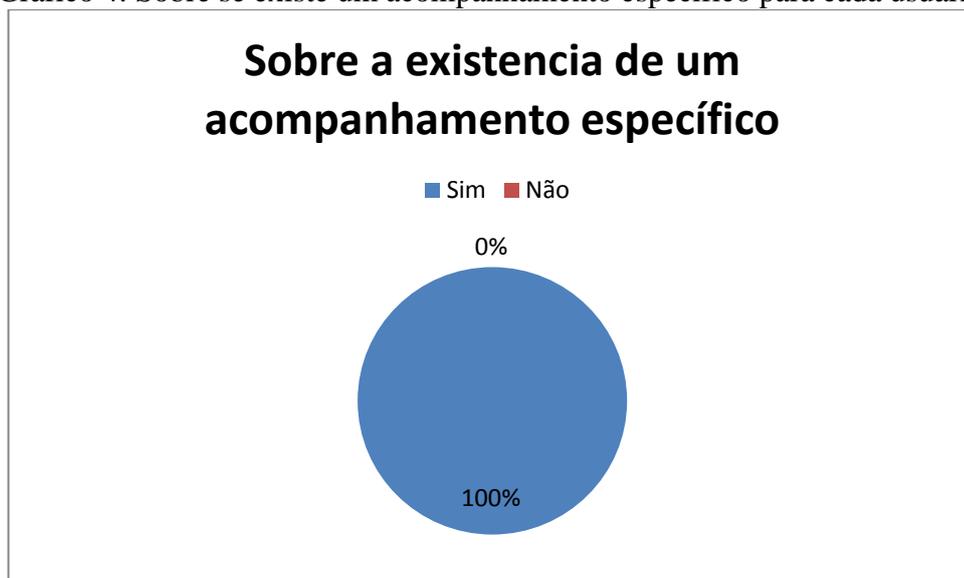
A conscientização da família é importante, tanto como um auxílio no tratamento, como na idealização que esta se torne um agente modificador da sociedade, pois a partir do momento que a família entende o que acontece com o doente mental, torna-se mais fácil enfrentar medos e preconceitos, percebendo que a pessoa não é responsável pela sua condição, pois faz parte de um processo de adoecimento. Há

também que se esclarecer que embora limitado, o mesmo pode levar uma vida normal, não precisa ficar isolado, pelo contrário, necessita de apoio familiar e social para ajustar sua condição (RODRIGUES E PALMA, 2015, p. 2).

A família é compreendida pelos autores supracitados, como um agente transformador no tratamento da pessoa com transtorno mental e mais ainda como agente modificador da sociedade, pois se entende que as principais dificuldades da família na compreensão do transtorno se dão pelo forte preconceito e discriminação de seus membros. É importante pensar que a vida da pessoa com transtorno mental possui limitações, contudo, o mesmo pode manter uma vida normal quando há apoio da família e da sociedade, considerando assim, que mesmo quando há mais de uma pessoa com transtorno na mesma família, é possível existir harmonia, entretanto, isso ocorre também quando o tratamento é realizado assiduamente.

Posteriormente foram perguntados se há um acompanhamento específico para cada usuário, os profissionais responderam que:

Gráfico 4: Sobre se existe um acompanhamento específico para cada usuário.



Fonte: Primária 2018.

De acordo com as respostas obtidas e transformadas em gráfico, é possível observar que todos os profissionais, nesse caso, correspondente a 100% dos profissionais afirmaram que há um acompanhamento específico para cada usuário do CAPS III, compreendendo que cada usuário é analisado não somente pelo contexto patológico, mas, através de seu histórico familiar, social e cultural que pode ou não diferenciar-se dos demais.

Sobre estas respostas é pertinente refletir sobre a especificidade destes acompanhamentos, podendo considerá-lo como uma etapa primordial no tratamento de

peessoas com transtorno psiquiátrico, onde Souza et. al. (2012) aponta que é fundamental que durante todo o tratamento o paciente tenha acesso ao cuidado que necessita, inclusive para que não haja descontinuidade ou abandono do tratamento, quando algum elemento essencial do cuidado não estiver presente ou quando existirem falhas.

Este acompanhamento é relevante até mesmo para que se conheça a realidade vivenciada pelo usuário fora da instituição, identificando os fatores positivos e até mesmo aqueles negativos que possam interferir na continuidade do tratamento.

Desta maneira, a quinta pergunta buscou saber sobre quais os atendimentos que acontecem no CAPS III e que são destinados ao usuário, entre as respostas dos profissionais constatou-se que:

“Acolhimentos individuais e em grupos” P1

“Acolhimento, triagem, atendimento com psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, terapias em grupos” P2

“Médico – Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Assistente Social, Enfermeiro, Farmacêutico, Professor de Teatro e Música” P3

“Atendimento em grupo, Atendimento individual e Trabalho em grupo” P4

Além de visualizar através das respostas que existem rotineiramente atendimentos no CAPS III com profissionais especialistas em diversas áreas para tratar a patologia em si, é ainda perceptível enxergar de acordo com os depoimentos atendimentos que visem o fortalecimento do convívio dos usuários entre eles, com a família e com o meio social, através de trabalhos em grupos, acolhimento e a inserção destes nas aulas de música e teatro.

Estes tipos de atendimentos que ocorrem no CAPS III são fundamentais ainda para o desenvolvimento da criatividade e da emancipação do sujeito, pensando em uma visão mais abrangente que possibilita sua inclusão em sociedade, sendo assim Barbosa e Reinaldo (2006) destacam que a inclusão social e a habilitação da sociedade são pressupostos básicos das políticas de saúde mental para fortalecer a convivência entre as diferenças. Desta forma, o acolhimento, o vínculo, a inclusão, a inserção e o respeito pelas possibilidades individuais fazem parte deste processo emancipatório.

Os autores supracitados afirmam que a proposta das políticas de saúde mental não é tratar especificamente a patologia, mas é incluir o sujeito e habilitar a sociedade, tendo em vista tanto preconceito existente com pessoas que possuem transtorno psiquiátrico. É possível que estas propostas aconteçam inclusive através do fortalecimento da convivência e do processo emancipatório que ocorrem através dos atendimentos terapêuticos, seja através dos grupos coletivos ou das oficinas que fazem com que o indivíduo mesmo perante tantas limitações, se sinta capaz.

Quando perguntados sobre quais os efeitos destas ações do CAPS na reabilitação dos usuários, as respostas apresentadas foram:

“Essas ações são relevantes do ponto de vista da restauração da saúde mental dos usuários, uma vez que podem trabalhar a questão dos vínculos afetivos, avaliar o acesso ao BPC, que leva a melhoria das condições de vida do paciente” P1

“O CAPS é fundamental no processo reabilitação do paciente, porque ofertamos apoio psicológico, medicamentoso, terapêutico e agora funcionando 24h para urgência. Mas necessita da participação das famílias de alguns para melhora” P2

“Acredito que todos os atendimentos contribuem para o bem estar psicossocial dos usuários” P3

“A partir do momento em que o trabalho ao usuário do serviço como CAPS contempla um apoio multiprofissional onde o sujeito é visto de uma forma holística, o processo de realidade acaba sendo mais rápido e satisfatório” P4

As respostas obtidas pelos profissionais permitem compreender que as ações realizadas no CAPS III, apresentam apenas pontos positivos na vida dos usuários, pois como já dito anteriormente, o que falta é a informação precisa e dentro da instituição o repasse destas ocorre de maneira contínua, não somente em relação ao tratamento medicamentoso, mas as formas de tratamento de maneira geral.

Para Oliveira e Miranda (2000) o trabalho realizado no CAPS através das políticas de saúde mental é fundamental para que o usuário possa sentir-se importante como pessoa, e complementando essa afirmação, Goldberg (2001) enfatiza que um dos objetivos do tratamento é proporcionar que o usuário atinja patamares cada vez mais altos para a administração de sua vida através da autonomia aumentando, suas possibilidades de escolha.

Desta forma, considera-se que as ações trazem para o usuário contribuições que atingem diretamente sua questão patológica, mas que prioriza seu desenvolvimento pessoal e social como forma de reabilitá-lo, percebendo que é através dessa reabilitação e do alcance da autonomia e emancipação do sujeito que os resultados mostram-se mais evidentes.

Os profissionais foram perguntados ainda sobre quais os atendimentos destinados aos familiares desses pacientes, e os profissionais responderam que:

“Além do cuidado mensal com os familiares, esses também são assistidos individualmente de acordo com as particularidades que envolvem o usuário e a família. Visitas domiciliares são realizadas muitas vezes objetivando assistir o familiar, aproximando-o do serviço” P1

“Acolhimento, grupos com familiares, reunião com familiares, na triagem e consultas médicas e com equipe” P2

“São destinados os atendimentos da Assistente Social e do Psicólogo sempre que necessários” P3

“Palestras sobre temas diversos dentro as saúde mental e assistencial” P4

As famílias assim como os usuários dos serviços oferecidos pela instituição, também possuem um atendimento específico de acordo com cada realidade, a prioridade é voltada

para o tratamento do paciente, contudo, faz-se necessário que a família também seja acompanhada e atendida pela instituição e seus profissionais até mesmo como uma forma de manter a continuidade dos tratamentos.

Bessa e Waidman (2013) afirmam que:

A família tem sido vista como aliada no processo de cuidado à pessoa com transtorno mental, mas em determinadas situações os profissionais precisam oferecer-lhe condições de manter o núcleo familiar saudável, cuidando da pessoa sem que haja agravo à saúde desta e da família como um todo. (BESSA E WAIDMAN, 2013, P. 62)

A família é importante no tratamento à pessoa com transtorno mental, e especificamente quando se fala nos cuidados fora do CAPS, entretanto, sabe-se que as famílias também enfrentam inúmeras dificuldades no desempenho de seu papel junto a estas pessoas, podendo até adoecer em razão da falta de preparo para lidar com algumas situações, sendo necessário o atendimento a esta família como forma de manter o núcleo familiar saudável.

Ainda de acordo com Bessa e Waidman (2013) a fase de adaptação da família no cuidado a pessoa com transtorno mental muda a sua rotina de vida, tendo muitas vezes que abrir mão de suas atividades para poder cuidar do seu familiar doente. Esta mudança ocorre pela falta de preparo para lidar com as novas situações, e este é o momento em que o apoio profissional da rede de serviços de saúde mental se faz necessário, e que, no entanto, quando esse apoio não acontece é natural que enfrentamento das dificuldades ocorra através da práxis familiar acarretando uma sobrecarga física e sofrimento psíquico.

É fundamental que se tenha um apoio profissional através de atendimentos especializados junto a estas famílias, como forma de dar continuidade ao tratamento do membro adoecido, bem como, forma de preservar a saúde familiar tão importante em todos os processos do tratamento evitando que no seio familiar haja problemas maiores do que a prevalência do transtorno mental.

Foram indagados ainda sobre se as visitas domiciliares realizadas no CAPS são frequentes, ou apenas em casos de urgência, os profissionais responderam que:

“Sempre que necessárias. Não somente nos casos de urgência. Objetivando melhorias na relação usuário x família, ou seja, também para melhorar as condições de vida desse usuário” P1

“Dificuldade por falta de transporte no serviço” P2

“Somente em casos de urgência pois não disponibilizamos de transporte na unidade” P3

“Geralmente realizada em caso de necessidade do paciente ou de seus familiares” P4.

Sabe-se que para que os serviços de saúde mental ofertados pelo CAPS III aconteçam de maneira efetiva perpassam por um processo marcado por diversas dificuldades, a visita domiciliar é um exemplo de atividade que é desenvolvida para que haja o acompanhamento bem sucedido do usuário com transtorno mental. Mas, de acordo com as respostas dos profissionais percebeu-se que estas visitas não ocorrem com frequência, pois a questão do transporte é vista por eles como um grande desafio.

Os desafios não se referem apenas as dificuldades de transporte para realização de visitas, mas podem se apresentar nas mais variadas expressões que impossibilitam um trabalho com qualidade por parte da equipe profissional, bem como, acaba prejudicando o usuário que necessita de acompanhamento.

Segundo Mângia (2006) os profissionais inseridos nesses serviços, têm o desafio de compor um cuidado ou tratamento realizado a partir de um Projeto Terapêutico Individual que considere a história dos usuários, que lhes ofereça respostas capazes de redimensionar sua situação de vida. Por meio da ampliação de espaços de relação e troca como forma de melhorar as condições de vida e recuperar a autonomia. Por isso, não se pode limitar somente aos espaços institucionais, mas ampliar os locais de circulação e de participação social dos sujeitos.

Contudo, entende-se que para que a ampliação destes espaços ocorra fora da instituição, é necessário que seja oferecido aos profissionais condições de trabalho, como o exemplo do transporte, que tem como principal finalidade as visitas domiciliares que proporcionam um atendimento externo do CAPS e dentro das famílias, entretanto, pode ainda ser utilizado para a ampliação dos espaços de inserção do usuário oferecendo-lhes uma amplitude dos espaços de participação social.

Os profissionais foram questionados ainda, sobre se a equipe era suficiente, ou seja, se a quantidade de profissionais corresponde à demanda do CAPS. As respostas obtidas foram às seguintes:

Gráfico 5: Sobre a quantidade de profissionais



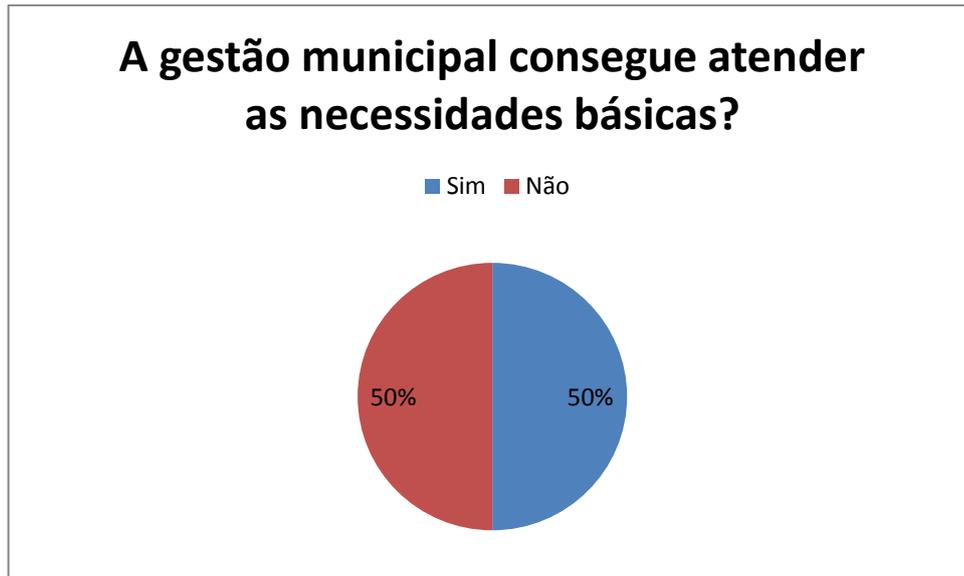
Fonte: Primária 2018

Conforme possível observar no gráfico, 75% dos profissionais responderam que a quantidade de profissionais não é suficiente para atender a demanda existente no CAPS III atualmente, e apenas uma minoria, representando 25% respondeu que a quantidade de profissionais é satisfatória para atender a demanda.

Mesmo o CAPS III possuindo uma equipe composta por profissionais de diversas áreas, a quantidade destes profissionais torna-se irrisória quando comparada ao número de demandas e a necessidade de realizar um trabalho com qualidade. Entende-se nesse contexto que por mais que o trabalho de cada profissional aconteça dentro da instituição, ele acaba ocorrendo de forma sobrecarregada, e conseqüentemente muita demandas não possuem a atenção merecida durante o processo de atendimento e acompanhamento.

Diante da exposição de tantos desafios, no que se refere ao trabalho destes profissionais, bem como, das dificuldades apresentadas em oferecer um suporte social na saúde mental através da articulação com as famílias. Por último, os profissionais foram perguntados sobre se a gestão municipal consegue atender as necessidades básicas, como o transporte e alimentação dos pacientes, sugerindo ainda que caso a resposta fosse não, que os profissionais justificassem sua resposta.

Gráfico 6: Sobre se gestão municipal consegue atender as necessidades básicas, como o transporte e alimentação dos pacientes.



Fonte: Primária 2018

O gráfico apresenta que 50% dos profissionais responderam que a gestão municipal consegue atender as necessidades básicas e 50% responderam que a gestão não consegue atender tais necessidades, justificando posteriormente as razões que apontam a não eficácia da gestão nesse contexto.

As justificativas foram as seguintes:

“Lamentavelmente os serviços de saúde mental, no caso o CAPS, não atendem as necessidades dos usuários, de acordo com o que estabelece a Lei 10216/02” P1
“No que diz respeito à alimentação é feita regularmente, porém o transporte não existe na unidade. Quando se precisa tem que ser solicitado na secretaria” P3

Nem todas as necessidades básicas ao equipamento e ao tratamento do usuário são atendidas efetivamente, deixando uma lacuna de serviços sem o suporte necessário. Os profissionais que responderam que não há o atendimento fundamental para as necessidades básicas destacaram que a manutenção destas necessidades não obedece a Lei 10216/02 que reorienta os cuidados com a saúde e que a alimentação é sim mantida na instituição, entretanto, faltam outros suportes básicos.

Deste modo, as colocações de Aosani e Nunes (2013) apontam que:

Contudo, nem sempre o serviço de atenção básica apresenta condições para oferecer suporte a essa demanda de atendimento. Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e a falta de capacitação prejudicam o desenvolvimento de uma ação integral pela(s) equipe(s). Desta forma, demarca-se aqui a necessidade dos serviços serem conhecidos, assim como suas dificuldades e potencialidades de atendimento em saúde mental, a fim de se desenvolver uma prática de cuidado ao portador de sofrimento psíquico que possa ser efetiva. (AOSANI E NUNES, 2013, p. 74)

Os suportes ou as necessidades básicas, não se baseiam apenas na existência da alimentação, mas, se refere a existência de todo um aparato que proporcione um atendimento digno ao usuário, bem como, ofereça condições para que o profissional possa desempenhar um trabalho com qualidade proporcionando ao usuário uma melhor qualidade de vida.

Desta maneira, estas necessidades básicas se apresentam muitas vezes como a ausência do transporte para a realização de visitas, já citado anteriormente, a ausência de um número de profissionais adequados para atender as demandas do equipamento, a capacitação destes poucos profissionais, a verificação das condições estruturais do equipamento, até mesmo a existência e a qualidade de alimentos e medicações. Por isso, além da tamanha importância dada a participação das famílias no tratamento da pessoa com transtorno mental, é de grande importância entender a existência dos inúmeros desafios para que este tratamento ocorra com precisão.

CONCLUSÃO

O referido Trabalho de Conclusão de Curso apontou que o Estado, a comunidade e as famílias não estão devidamente preparados para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Essa parcela de responsabilidade é do Estado, por não proporcionar as informações e verba necessária para um melhor amparo ao portador de transtorno mental. Por outro lado, são perceptíveis os inúmeros esforços empreendidos pelos profissionais do CAPS III através dos mais variados serviços ofertados, procurando reverter à lógica de atenção à saúde mental tão arraigada na nossa cultura, onde ainda prevalece a exclusão, o preconceito e o desrespeito.

Através dos avanços ao longo dos anos, muitas mudanças vêm ocorrendo de forma perceptível no setor saúde mental, mesmo que de forma lenta. Claramente, a maior conquista dos portadores de saúde mental é o processo de desinstitucionalização dos mesmos e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS e as Residências Terapêuticas. Depois dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam enclausurados e esquecidos nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais humanizado e mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem.

Ao mesmo instante que o mundo modifica a maneira de ver e se relacionar com a loucura, o papel da família na sociedade também passa por transformações em relação à maneira de se pensar na implicação da família no aparecimento da doença mental, uma vez que a literatura atual coloca a família tanto como a grande alçova e causador do adoecimento psíquico, quanto como potente e eficaz meio de cuidado e melhora.

O trabalho com as famílias e usuários do CAPS III requer o reestabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

Acreditamos que o tema relacionado ao cuidado e fortalecimento dos laços familiares através da participação diária nos serviços ofertados pelo CAPS III, junto aos outros serviços substitutivos ao modelo manicomial, ainda são emergentes, principalmente e especialmente ao que está relacionado ao segmento família. Nesse sentido, escrevemos este TCC numa tentativa de socializar o tema do cuidado e do trabalho com famílias nos novos serviços de saúde mental. Mesmo o CAPS III possuindo uma equipe composta por profissionais de diversas áreas, a quantidade destes profissionais torna-se irrisória quando comparada ao

número de demandas e a necessidade de realizar um trabalho com qualidade. Entende-se nesse contexto que por mais que o trabalho de cada profissional aconteça dentro da instituição, ele acaba ocorrendo de forma sobrecarregada, e conseqüentemente muitas demandas não possuem a atenção merecida durante o processo de atendimento e acompanhamento.

O objetivo do referido estudo foi o de compreender as informações acerca dos aspectos históricos da saúde mental no Brasil, para assim poder identificar de que maneira as políticas públicas adotadas com o adimplemento da Lei nº 10.216/2001 são aplicadas realmente. Além de delinear o papel da família na recuperação dos usuários portadores de transtornos mentais.

Dessa maneira, pretende-se contribuir e incentivar a realização de novos estudos acerca da saúde mental que permitam maior adequação e qualificação nos cuidados às pessoas com transtorno mental. O cenário brasileiro dispõe de discussões e reflexões sobre as práticas em saúde mental nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e nas poucas instituições de internação integral ainda existente.

Diante do exposto acima, podemos concluir que mudanças de como tratar e atuar na saúde mental são necessárias e urgentes, uma vez que há a necessidade de que o Estado possa proporcionar o aumento da integração ente portador com transtorno mental, comunidade e família, sendo que é na base familiar onde ocorrem os conflitos cotidianos.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: 2008.
- AOSANI, T. R. NUNES, K. G. **A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde**. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, jul. /dez. 2013, p. 71-80.
- BARBOSA, Rosenara Viana. REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. **Projeto Mente-sã: uma experiência de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico em um município de Minas Gerais**. Vol. 2. 2006.
- BORBA, Letícia de Oliveira et. al . **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. Org. Letícia de Oliveira Borba, Marcio Roberto Paes, Andréa Noeremberg Guimarães, Liliana Maria Labronici, Mariluci Alves Maftum. *Rev Esc Enferm USP* 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- 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.
- CARVALHO, M. do C. B. de. **O lugar da família na política social**. In: CARVALHO, M. do C. B. de.(org.) *A Família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2003.
- FERREIRA, J. T. et. al. **Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental**. *Rev. Saberes, Rolim de Moura*, vol. 4, n. 1, jan./jun., p. 72-86, 2016.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- GERHARDT, T. E. **Métodos de pesquisa**. Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIL, Antônio Carlos, 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.
- GOLDBERG, J. **Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial – CAPS**. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 33-47.
- L'ABBATE S.; LUZIO C., A. **A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas**. *Interface, Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.20, p.281-98, jul/dez; Assis-SP, 2006.

MÂNGIA, E. F. Castilho J, DUARTE, V. **A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial**. Rev.Ter.Ocup.Univ. São Paulo. 2006;17(2):87-98.

MARQUES, A. J. S. **Reabilitação psicossocial e a reforma psiquiátrica em Juiz de Fora**. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 104-12.

MARTINS, P. P. S. LORENZI, C. G. **Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço**. Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 32 n. 4, 2016.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: MS, 2001.

MORENO V, Alencastre MB. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):43-50.

MORENO, V. **Vivência do Familiar da Pessoa em Sofrimento Psíquico**. São Paulo: 2000. p. 173.

NAVARINI, Vanessa. HIRDES, Alice. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

NOGUEIRA, M.S.L. CORREIA, L. F. A. **Política de saúde mental e o cuidado familiar: convivendo com a diferença**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís-MA, 2011

OLIVEIRA, L. H. MIRANDA, C. M. L. **A instituição psiquiátrica e o doente mental**. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2000 Abr; 4 (1): 95-103.

PAULA, Eder Mendes de. **Da (In) visibilidade à Categorização: O louco infrator em Goiás (1930-2010)**. [manuscrito] / Eder Mendes de Paula. - 2016.

PEREIRA, Ivana C. G. **Do Ajustamento à Invenção da Cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil**. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. SP: Cortez, 4 ed. 2008.

PRADO. Danda. **O que é família**. Coleção - Primeiros 50 passos. Editora brasiliense s.a São Paulo. 1ª edição 1981. 3ª edição. p.12.

RHEINHEIMER, Isabel Lermen. KOCH, Sabrina. **O papel da família no cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental.** Rev. Psicologia em Foco Frederico Westphalen v. 8 n. 11 p.49-61 Jul. 2016.

RIBEIRO, S. L. **A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** Psic. Ciência e Profissão, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004. Disponível em: Acesso em 14 maio. 2018.

RODRIGUES, A. PALMA, D. L. **A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense.** 2015.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Simone Ferreira. **Política Pública em saúde mental: da inclusão familiar do portador de transtorno mental ao provimento de cuidados.** 2014. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos>. Acesso dia 12 de maio de 2018

SÍLVIO, Manoug Kaloustian (organizador). **Família brasileira, a base de tudo/ 5 ed.** - São Paulo: Cortez; Brasília. DF: UNICEF, 2002. p.14.

SIMIONATO, Marlene Aparecida Wischral & OLIVEIRA, Raquel Gusmão. **Funções e transformações da família ao longo da História.** I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov./2003.

SOUSA, Maria Janaina. **Noções de Mudança de modelo de atenção em saúde mental: Crato na encruzilhada da reforma psiquiátrica no Ceará.** - 2014.

SOUZA, Flávia Mitkiewicz. Et. al. **Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (“Critical Time Intervention”) para o contexto brasileiro em Centros de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro.** Org. Flávia Mitkiewicz de Souza, Maria Cecília de Araújo Carvalho, Elie Valência, Tatiana Fernandes Carpinteiro da Silva, Catarina Magalhães Dahl, Maria Tavares Cavalcant. Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro, 2012.

TAKASHIMA, Geney M. Karazawa. **O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis – uma questão de postura.** In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 2000.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais: perspectivas para o serviço social.** São Paulo: Hucitec, 2009.