

**FACULDADE LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**LORENA DAYSE RODRIGUES MAIA**

**A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS  
COM TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) NO MUNICÍPIO DE CRATO- CE**

**JUAZEIRO DO NORTE- CE**

**2012**

**LORENA DAYSE RODRIGUES MAIA**

**A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS  
COM TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) NO MUNICÍPIO DE CRATO- CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestre Mauricélia Cordeira da Silva

**JUAZEIRO DO NORTE – CE**

**2012**

**LORENA DAYSE RODRIGUES MAIA**

**A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS  
COM TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II) NO MUNICÍPIO DE CRATO- CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, Juazeiro do Norte – CE, 2012.1.

**APROVADA EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Mestre Mauricélia Cordeira da Silva**  
**Orientadora (Faculdade Leão Sampaio)**

---

**A.S Esp. Elizângela de Gouveia**  
**1° Examinadora (Assistente Social do CAPS de Crato– CE)**

---

**Prof<sup>o</sup>. Esp. Cícero Reginaldo Nascimento Santos**  
**2° Examinador (Faculdade Leão Sampaio)**

Este trabalho é dedicado a Deus, minha mãe, meu tio Rivaldo (in memoriam) e às pessoas que sempre estiveram ao meu lado, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em meu potencial.

## AGRADECIMENTOS

A Deus pela sua presença constante na minha vida, sem que eu precise pedir, pelo auxílio nas minhas escolhas e por me confortar nas horas difíceis me fazendo nunca desistir de meus objetivos.

A minha mãe Rosivana Dias por todo amor incondicional, carinho e incentivo, depositando sua confiança em mim, me dando todo apoio que foi fundamental para que conseguisse chegar ao término dessa graduação. Amo-te!

Ao meu irmão Yuri por sempre estar ao meu lado independente do momento que estivéssemos passando, pela amizade e compreensão. Obrigada por você existir perto de mim!

A minha irmã Lohane por ser minha fonte de inspiração e fortaleza. Amo você incondicionalmente.

Ao meu pai Jorge Luiz por ter sido um guerreiro diante de suas dificuldades, superando-as por meio de muita força de vontade, deixando para mim como exemplo a sua garra.

A minha família (avós, tios, tias, primos e primas) por serem a minha base, onde sempre encontro apoio e por torcerem para que tudo desse certo na minha vida.

Ao meu namorado e amigo Junior, pelo amor e paciência nos meus “maus” momentos. Graças a sua presença especial e seu companheirismo foi mais fácil transpor os dias de desânimo e cansaço! Amo você demais!

A todos os meus amigos, pelo apoio e os momentos de alegria! Especialmente, às minhas “irmãs de coração” Thalyta e Vânia, pelo apoio, companheirismo e sólida amizade que construímos, a qual tenho certeza que será para sempre!

A Gisele Lima, Kátia Andressa, Suzinni de Sá, Alice Andrade e Bruna Romão, pela ajuda constante, carinho e pela certeza de que após esses anos de convivência deixamos de ser colegas para nos tornarmos amigas, obrigada!

Aos professores por terem contribuído para minha formação repassando seus amplos conhecimentos, cada um de forma especial contribuiu para a conclusão desse trabalho e conseqüentemente para minha formação profissional.

A minha orientadora Mauricélia Cordeira pelos importantes ensinamentos e sua ajuda para a realização deste trabalho e por toda paciência.

A minha supervisora de campo Elizângela de Gouveia por me auxiliar na prática profissional com paciência e comentários valiosos.

A banca examinadora por compartilharem seus saberes comigo e participam desse momento único na minha vida.

Aos profissionais do CAPS II do município de Crato por me receberem de forma tão acolhedora.

Aos usuários do CAPS e seus familiares por tornarem possível essa pesquisa.

Não poderia deixar de agradecer ao grande filósofo da Faculdade Leão Sampaio senhor Juvêncio que demonstra sabedoria nos conselhos que me destes, me fazendo acreditar que como ele sempre fala “tudo vai dar certo!”.

Enfim, a todos que de alguma maneira contribuíram de forma direta ou indireta para a execução desse trabalho.

**Muito Obrigada!**

## RESUMO

O presente trabalho monográfico tem como título A Participação Familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (CAPS II) no município de Crato – CE. Traz como objetivo central analisar a participação familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no município de Crato – CE, a partir da percepção dos familiares destes usuários. Orientado por um caráter descritivo-exploratório, e por um método monográfico dialético, que busca maior aproximação e compreensão da realidade. Para a construção dessa pesquisa foram utilizadas pesquisas bibliográficas, documentais e de campo, sendo esta última realizada através de uma entrevista semi-estruturada. Foi realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa com o propósito de se conhecer a realidade dos usuários e das suas famílias, entendendo a importância da sua participação no tratamento dos doentes mentais assistidos no CAPS, e obter informações quanto a percepção dos familiares em relação ao tema posto em análise. O contato com o público entrevistado se tornou possível através de visitas domiciliares, e se tornou possível através do contato com os usuários dos serviços ofertados no CAPS, o qual se obteve contato durante o estágio supervisionado I e II, no CAPS II do município do Crato – CE, o qual teve duração de um ano. A importância da participação familiar no tratamento dos doentes mentais foi discutida a partir do estudo e entendimento da Política de Saúde e da saúde mental no Brasil, e as formas de materializa-la nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, contribuindo para o sucesso do tratamento dos usuários inseridos nos serviços.

**Palavras-chave:** Política de Saúde Mental. CAPS. Participação Familiar.

## **ABSTRACT**

This monograph is entitled The Family Participation in the treatment of mental disorders assisted users with the Center for Psychosocial Care - CAPS (CAPS II) in the municipality of Crato - CE. Has as main objective the analysis of family participation in treatment users with mental disorders assisted in Psychosocial Care Center - CAPS, at Crato - CE, from the families perception of users. Guided by a descriptive and exploratory, and a monographic dialectical method, which seeks closer ties and understanding of reality. For the construction of this survey were used bibliographic, documentary and field, the latter being performed by a semi-structured interview. We performed a qualitative and quantitative research for the purpose of knowing the reality of users and their families, understanding the importance of their participation in the treatment of mental patients assisted at CAPS, and information about the families perception in relation to the subject position under consideration. The contact with the public respondent was made possible through home visits, and was made possible through contact with users of the services offered at CAPS, which was obtained during the supervised contact I and II, the CAPS II of the city of Crato - CE, which lasted one year. The importance of family participation in treatment of the mentally ill was discussed from the study and understanding of health policy and mental health in Brazil, and ways to materialize it in Psychosocial Care Centers - CAPS, contributing to the success of treatment inserted into the users services.

**Keywords:** Mental Health Policy. CAPS. Family Participation.



## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPs** – Caixas de Aposentadorias e Pensão

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CE** – Ceará

**CERSAM** – Centros de Referência em Saúde Mental

**IAPs** – Instituto de Aposentadorias e Pensão

**NAPS** – Núcleos de Atenção Psicossocial

**SP** – São Paulo

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> Especificação dos entrevistados segundo o Estado Civil .....	36
<b>GRÁFICO 2:</b> Especificação dos entrevistados segundo o nível de escolaridade .....	37
<b>GRÁFICO 3:</b> Especificação dos entrevistados segundo a ocupação profissional ....	38
<b>GRÁFICO 4:</b> Especificação sobre a forma de atendimento do usuário do serviço do CAPS .....	41

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>CAPÍTULO I: SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO</b> .....	14
1.1 A Trajetória da Política de Saúde no Brasil .....	14
1.2 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	19
<b>CAPÍTULO II: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM DOENÇA MENTAL ASSISTIDOS NO CAPS.</b> .....	23
2.1 A Participação da Família e sua importância durante o tratamento .....	23
2.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e a relação com a família de seus usuários. Uma parceria necessária. ....	27
<b>CAPÍTULO III: ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CAPS</b> .....	32
3.1 Percursos Metodológicos .....	32
3.2 Caracterização do CAPS de Crato .....	34
3.3 Apresentação do Perfil dos Familiares e Discussão dos Resultados.....	35
3.4 Análise dos Dados Específicos da Pesquisa.....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
<b>APÊNDICES</b> .....	53

## INTRODUÇÃO

Este estudo se propõe a analisar a participação do familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, do município de Crato- CE, segundo a percepção dos familiares dos mesmos que usufruem dos serviços da referida instituição.

O interesse por este tema se deu a partir da experiência de estágio supervisionado I e II no CAPS, bem como da aproximação e vivência das atividades desenvolvidas nesta instituição e da aproximação com os usuários. A oportunidade despertou o interesse em saber como as famílias destes usuários podem participar no tratamento dos mesmos. Os objetivos específicos que fundamentam a pesquisa são: analisar a contribuição do Assistente Social para a participação familiar, identificar quais os benefícios e quais as dificuldades encontradas pelas pessoas que possuem transtorno mental após o início do seu tratamento no CAPS, a partir da visão da família do usuário. Esses foram os aspectos que nortearam o estudo.

Recorreu-se à pesquisa bibliográfica para a construção deste trabalho, baseando-se nos estudos de diversas fontes sobre o tema abordado. Foi realizada pesquisa quantitativa e qualitativa por meio de entrevista semi-estruturada com o propósito de conhecer a família dos usuários dos serviços do CAPS II de Crato- CE.

O trabalho constitui-se de três capítulos divididos de acordo com os temas abordados. O primeiro capítulo irá apresentar um breve histórico da Política de Saúde no Brasil desde o final do século XIX até o momento histórico onde a Política de Saúde ganha terreno no campo dos direitos sociais garantidos em lei, com a Constituição Federal / 1988 e com a sua regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, buscando trazer os avanços também da Política de Saúde Mental, com a Reforma Sanitária, até os dias de hoje enfatizando o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

O segundo capítulo relata a importância da família no tratamento pessoas que possuem doenças mentais, a partir da visão do seu tratamento junto ao CAPS. Ainda neste capítulo será apresentado o CAPS de Crato - CE, caracterizando a efetivação e desenvolvimento das suas ações considerando seus limites e possibilidades.

O terceiro capítulo mostrará o resultado da pesquisa realizada com os familiares dos usuários do CAPS, apresentando a metodologia utilizada para a

obtenção dos dados e a análise realizada a partir das respostas obtidas, que se realizou por meio da apresentação dos discursos e fundamentação teórica acerca da temática posta em questão.

Por fim serão apresentadas as considerações finais acerca dos resultados obtidos, concretizando-se assim os objetivos do estudo.

## CAPÍTULO I: SAÚDE NO BRASIL: UM RESGATE HISTÓRICO

### 1.1 A Trajetória da Política de Saúde no Brasil

A trajetória da política de saúde no Brasil será exposta desde os antecedentes da ação estatal até a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, enfatizando a trajetória da saúde mental e as formas de cuidado direcionadas aos portadores de transtorno mental no país.

Pode-se dar início a discussão da trajetória da política de saúde no Brasil, enfatizando a ausência de quaisquer iniciativas desta política, em meados dos anos 1.500, em um país colonizado por estrangeiros que não possuíam modelos e nem interesse de oferecer qualquer tipo de atendimento voltado à saúde da sua população brasileira.

No referido período eram realizadas práticas voltadas somente à cura daqueles que já eram atingidos por alguma doença, sem atenção à práticas ainda que limitadas de prevenção e cuidado com a saúde das pessoas. “Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar” (POLIGNANO, 2001, p. 03).

No que se refere a saúde mental, os casos de doenças mentais eram vistos com maus olhos pela sociedade, sendo os casos identificados trabalhados apenas como uma disfunção social que precisava ser retirada do meio social, para que não prejudicasse o restante da sociedade vista como sã.

A inauguração do Hospício de Pedro II, que em homenagem ao então imperador do Brasil recebeu o nome de Pedro II, ocorreu em 05 de dezembro de 1852, tendo sido criado através do Decreto nº 82 em 18 de julho de 1841. Era dada como necessária a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos (MEDEIROS apud JORGE, 1997).

Esse quadro se alastrou até a década de 1930 no país, trazendo consigo uma grande quantidade de problemas advindos da falta de atenção à saúde da população. Doenças graves e epidemias não conseguiam ser controladas, nem mesmo evitadas por não se ter meios de amenizar esta situação. “A carência de

profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme, para se ter uma idéia, no Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão”. (POLIGNANO apud SALLES, 1971).

Com o aprofundamento da precariedade das condições sanitárias no país, e o conseqüente quadro de alastramento das doenças, são tomadas medidas vistas como indispensáveis para o melhoramento da situação gritante de saúde por qual passava grande parte da população brasileira.

Campanhas de vacinação são impostas a sociedade, como medidas obrigatórias para conter o avanço das doenças que afetavam a saúde coletiva, não sendo aceitas passivamente pelas pessoas, pelo fato de grande desconhecimento do objetivo das vacinas, como também da maneira como os responsáveis pelas campanhas tratavam e abordavam a população para que pudessem receberem suas vacinas.

Essas medidas foram tomadas principalmente devido ao caos em que estava inserida a população que sofria com a presença das doenças, como também pelo fato das epidemias terem trazido problemas até mesmo relacionados às relações comerciais, pois os navios vindos do exterior se negavam a parar em alguns portos brasileiros por medo do contágio das pestes que atingiam o país. O que apresentou-se nessa primeira tentativa de solução para as questões da saúde no Brasil, foi a ausência de meios eficazes de obter o contato e o apoio da população na recepção das então novas medidas de atenção a saúde.

Para Bravo (2008) a questão da saúde, ressaltando a década de 20, precisava ser enfrentada de forma sofisticada, pois necessitava ser transformada em questão política com intervenção estatal que viesse contemplar de algum modo os sujeitos sociais, pois, os mesmos seriam importantes para a acumulação em detrimento do domínio industrial.

A população, principalmente a classe trabalhadora, passa a buscar de alguma maneira a oferta de serviços da saúde juntamente com direitos trabalhistas, conseguindo-se em um primeiro momento a garantia apenas em alguns setores da população brasileira, ficando o restante à mercê das praticas curandeiras que eram ainda a maneira de tratar da relação saúde-doença. “Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's)”. (POLIGNANO, 2001, p.6)

Este marco do início da previdência social no Brasil garantia assistência médica a uma parcela da população urbana sem utilizar-se de verba federal, sendo financiada com o recurso dos empregados e administradas por representantes da própria empresa. Com administração independente para dirigir o aumento das tarifas, em casos de necessidade de cobrir despesas das CAPs, cabia ao poder público apenas a resolução dos conflitos sociais existentes.

A partir das crescentes reivindicações da classe trabalhadora, que sofria com as mudanças advindas da emergente industrialização no Brasil e a crescente pauperização da população, a questão saúde entra no cenário das lutas sociais e daí o Estado passa a intervir na saúde, com a criação de políticas sociais, mas com um caráter focalista e seletivo.

O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930, moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. (BRASIL, 2011, p.13)

De acordo com Braga e Paula (1986) a saúde pública adotou várias alternativas sendo elas:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939, Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte América); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate as endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAGA; PAULA, 1986, apud, BRAVO, 2008, p. 91)

A partir do ano de 1930 com o governo de Getúlio Vargas, a massa populacional brasileira conquista alguns direitos, principalmente os trabalhistas, apoiados pelo então presidente, que atendia aos anseios da população para conseguir legitimar seu governo a partir do apoio populacional.

No que se refere a saúde, tem-se avanços alcançados nesse período, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões IAPs, que substituíram as



antigas CAPs, organizando as ações previdenciárias que irão dar maior cobertura aos trabalhadores, mas de uma nova maneira, agora organizados por categorias trabalhistas e não mais por empresas. No ano de 1933 foi criado o primeiro IAPs, o dos marítimos.

A assistência destinada á saúde continuava pautada no critério de ser trabalhador ou não, mas já conseguia abranger toda a categoria trabalhista, não dependendo mais das empresas a concessão ou não dos benefícios trazidos pelas CAPs e mais tarde pelos IAPs.

Getúlio Vargas estabelece uma nova legislação, que não é resultado de uma conquista trabalhista, mais uma estratégia para manter os mesmos dentro das suas limitações políticas e sociais. Na previdência social o referido presidente, pretendeu estender todas as categorias com uniformidade, uma vez que os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) vieram substituir a limitação do CAPs, ainda que na ótica contributiva do seguro.

Bravo (2008, ) afirma que “A política de saúde se esboçava desde 1930, sendo ela consolidada no período de 1945 – 1950”. No final dos anos 40 juntamente com o plano Salte a questão da saúde estava envolvida na área de Alimentação, Energia e Transporte sendo a saúde seu foco principal.

Com a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o país inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A saúde pública, ainda que herdeira dos aparatos estatais construídos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias, assim como sua burocracia foi confrontada com novos contextos e contornos políticos e sociais que caracterizaram o Brasil até 1964. (BRASIL, 2011, p.15)

Pode-se observar avanços no período que antecede o Golpe Militar de 1964 quando se tem marcos na história da saúde no Brasil, como a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, que trouxe críticas à realidade sanitária do Brasil, e também se tiveram início as discussões sobre a Reforma Sanitária que pretendia superar o modelo sanitário campanhista em vigor, propondo ser substituída pela rede municipalizada de saúde propondo novas estratégias na distribuição das responsabilidades da política de saúde em todo o país.

De acordo com Brasil (2001), O Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar (1964-1984) caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pelo predomínio de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde.

[...] o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas , o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS. (POLIGNANO, 2001, p.16)

Em 1975, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil. (BRASIL, 2011)

Este cenário representa o início da tomada de consciência da população e a sua insatisfação diante das inúmeras mazelas sociais que se aprofundaram durante o período da ditadura militar no país. Diante desta situação emergem movimentos populares com o objetivo de superar a até então forma de governo no país.

Em 1985, o regime militar chega ao fim. Com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Como expressão dessa nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Esse evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história”. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, apud, BRASIL 2011, ).

A Reforma Sanitária ficou esquecida por um tempo diante do contexto da Ditadura Militar voltando a ser enfatizada nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde que realizou-se somente em 1986, na cidade de Brasília, trazendo novas formas e novas idéias em relação à área de saúde com o objetivo do melhoramento das condições de vida da sociedade, e resultou como principal deliberação a

aprovação da criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, separando a saúde da sua relação com a previdência.

“O projeto da Reforma Sanitária foi gerado na luta contra o autoritarismo e pela ampliação dos direitos sociais” (PAIM, 1992). É nesse contexto que a população entra em cena na luta por seus direitos e pela melhor qualidade de vida, fazendo valer sua voz na luta por condições dignas de vida.

No ano de 1988 com a promulgação da Constituição Federal a sociedade Brasileira alcançou significativos avanços no que se refere aos direitos postos na constituição, concebendo a saúde como direito da população e dever do Estado.

“A Constituição Federal de 1988 define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc.” (BRASIL, 2011) Este novo conceito mostra que para que se tenha saúde são necessários cuidados além da relação saúde-doença, onde se envolvem outras condições essenciais para a manutenção de uma saúde plena. Onde também se envolvem as condições em que vive uma população, sua moradia, as condições de saneamento básico, entre outros.

## 1.2 Contextualizando a Reforma Psiquiátrica no Brasil

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura de redemocratização do país, em fins da década de 70 e tem como uma das vertentes a crítica ao Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica (SPRICIGO, apud, SILVA, 2006).

A Reforma Psiquiátrica representa o início da luta pela humanização do cuidado com as pessoas portadoras de doença mental, diante do quadro que se estendia de tratamentos baseados em práticas violentas e repressivas.

“O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país.” (BRASIL, 2005, p.7)

Tal movimento diante dos seus variados campos de luta leva a construção de críticas sobre o modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtornos mentais e ao conhecimento psiquiátrico, provindo da denúncia da violência dos manicômios e da hegemonia de uma rede privada de assistência. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No ano de 1987, na cidade de São Paulo, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em 1989 ocorre o início de um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, sendo considerado um marco importante na Reforma Psiquiátrica.

Ainda nesse mesmo período foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos, nos quais tinham funcionamento de 24 horas, além da criação do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado com entrada no Congresso Nacional cujo mesmo propõe a regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção continuada dos manicômios no país. (MELLO, 2007).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste 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 (BRASIL, 2011).

Os CAPS se caracterizam por serem serviços abertos e comunitários do SUS, lugares de referências para as pessoas com sofrimento psíquico e também os familiares, possuindo, como aspecto fundamental um trabalho que considera a subjetividade da pessoa, trazendo nova significação individual e social ao ser humano. (SCHRANK, 2006, p.34)

A partir do ano de 2001 há um progresso crescente nas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos dos hospitais psiquiátricos

foram criados pelo Ministério da Saúde, além da impulsão do processo de desinstitucionalização de pacientes mentais internados por longos períodos através da criação do Programa “De volta para Casa” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Reforma Psiquiátrica representa um grande desafio no sentido de se obterem mudanças no direcionamento dos cuidados destinados aos portadores de transtorno mental, mas vem mostrando através da consolidação de serviços paralelos às prática hospitalares como efetivos no tratamento das doenças mentais, trazendo resultados positivos para este público.

Segundo informações do Portal de Saúde do Crato o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas portadoras de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

O CAPS tem o objetivo de atender à população portadora de transtorno mental, realizar o acompanhamento clínico dos usuários e principalmente reinserir os usuários na sociedade pelo acesso ao lazer, trabalho, cultura, em atividades físicas e também no fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS se divergem de acordo com o nível populacional e o nível de complexidade. O CAPS I- 20.000 e 70.000 mil habitantes foi pensado para pequenas localidades, rede básica com ações de saúde mental, os serviços são abertos para o atendimento diário de adultos com transtorno mental. O CAPS II- 70.000 e 200.000 mil habitantes o serviço é aberto para adultos com transtorno mental. O CAPS III- mais de 200.000 mil habitantes incluía atendimento noturno, feriado e final de semana, com no máximo 05 leitos para repouso e observação. O CAPS AD- superior a 70.000 mil habitantes inclui serviços ambulatoriais e leitos psiquiátricos, realiza-se cuidados em saúde mental com particularidade em álcool e drogas. CAPS i- por volta de 200.000 mil habitantes, o qual é especializado em cuidados à criança ou adolescente com transtorno mental.

O CAPS representa uma estratégia de se cuidar dos pacientes portadores de transtorno mental, os afastando de práticas desumanas as quais por muito tempo foram o modelo de tratamento para esses doentes. Materializa ainda estratégia de inclusão social do portador de transtorno mental, quando os insere em atividades as mais variadas, possibilitando o seu contato com o mundo, como também permite a

família do doente o contato e o acompanhamento das ações que seus familiares participam.

Portanto pode-se perceber diante do exposto toda a trajetória pela qual perpassou a saúde no Brasil, enfatizando a saúde mental, destacando a luta iniciada com a Reforma Psiquiátrica, até os dias atuais com a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

## **CAPÍTULO II: A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM DOENÇA MENTAL ASSISTIDOS NO CAPS.**

### **2.1 A Participação da Família e sua importância durante o tratamento**

Este capítulo irá abordar a importância da família no tratamento das pessoas que possuem doença mental que são usuários dos serviços do CAPS, a partir da compreensão do que é a família e como esta contribui positivamente ou negativamente no processo por qual passam os doentes mentais no sentido de trazer melhorias na sua qualidade de vida, como também na luta pela sua cura.

A família representa para todo indivíduo a base das relações sociais. É no seio familiar que o ser humano incorpora valores, costumes e crenças; além de ser o elemento construtor da afetividade e do amor. Todas as relações humanas baseiam-se na estrutura da família, sendo o alicerce para qualquer outro tipo de relação e interação social.

Família é, antes de tudo, um corpo social em que prevalece a rede de relações e de interações, que possui crenças que são manifestadas em um espaço cultural, e a sua saúde deve ser entendida no contexto das relações entre seus membros, tanto sadios como doentes, visto a influência da saúde do indivíduo no grupo familiar e vice-versa. (OLIVEIRA, apud, ELSÉN, 2006, p.66)

Entendendo-se o papel da família como elemento primordial no desenvolvimento de todo ser humano, revela-se a sua importante participação na condução ou superação de quadros de doença, objetivando o alcance do bem-estar tanto dos indivíduos que sofrem o problema, como dos que lhe rodeiam. “No Brasil, 23 milhões de pessoas (12% da população) necessitam de algum atendimento em saúde mental. Pelo menos 5 milhões de brasileiros (3% da população) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes”. (ESTADAO, 2012,)

Esses números podem nos demonstrar a grande necessidade de apoio e atenção a essa grande parte da população que sofre com algum transtorno mental. Transtornos Mentais estes que podem comprometer a saúde física e afetiva das pessoas, além de lhes afastar de condições de terem uma boa qualidade de vida.

Em face das atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental, que priorizam a desospitalização e a desinstitucionalização da assistência (PEGORARO,

apud, BRASIL, 2004), a família vem se tornando cada vez mais peça primordial na atenção a saúde, sendo cada vez mais inserida nos processos de desenvolvimento de novas formas de atenção à processos terapêuticos, enfatizando a sua necessidade de participação no tratamento do portador de doença mental.

No cenário da saúde mental os familiares têm sido chamados a participar ativamente na implantação do projeto terapêutico do portador de sofrimento psíquico bem como são atores privilegiados na luta por melhores condições de assistência psiquiátrica. (MORENO, 2003, p.1)

A inserção da família na relação no cuidado com os doentes mentais não é um fato antigo. De acordo com Moreno (2003), “Os familiares de portadores de sofrimento psíquico só viriam a se tornar objeto de investigação no final da década de 40” com o início de críticas a tal modelo e também com o surgimento de novas teorias sobre saúde mental. Levando-se em conta que o tratamento ou cuidado de tais doenças era destinado em sua maioria apenas às instituições responsáveis, havia separação do usuário do seu contexto familiar e eram desconsideradas suas particularidades.

[...] no caso do doente mental, este ficaria aos cuidados do asilo, buscando-se reproduzir em um espaço fictício o modelo de família, onde o tratamento era fundamentado na “reeducação” moral e em normas de “bons costumes”. (MORENO, 2003, p.1)

Os portadores de transtorno psíquico que eram submetidos à internação em manicômios, não possuíam direito de ser visitados constantemente pelos seus familiares, sendo esses encontros determinados pela instituição responsável pelo tratamento. Essa norma favoreceu por muito tempo a impossibilidade dos pacientes de até mesmo informarem a sua família em alguns casos, as péssimas condições em que se encontravam durante o período de estadia nesses recintos. “Não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, uma vez que a família, como grupo, previne, tolera e corrige problemas de saúde.” (NAVARINI, p.1, 2008)

Foi a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se começa a pensar novas estratégias que permitam uma melhor participação da família na atenção mental aos portadores de transtornos, inserindo-a nos processos



terapêuticos e reconhecendo a sua importância, já que a família é base de toda relação social, sendo essencial seu apoio aos doentes.

No Brasil, a partir da década de 1970, surgiu o movimento de Reforma Psiquiátrica, que busca substituir os manicômios por iniciativas sociais, culturais, políticas, científicas, jurídicas, assim como modificar os conceitos e a relação da sociedade com as pessoas portadoras de transtornos mentais. (PEREIRA, 2003, p. 2)

A partir da década de 80, com o fortalecimento do Movimento de Reforma Psiquiátrica, a família volta a ser inserida no processo de assistência ao doente mental. Pode-se destacar a importante contribuição, os resultados ou discussões obtidas em algumas Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 - 1992 - 2001), que foram pioneiras em abordar o assunto da inserção da família como importante ator no processo dos cuidados aos portadores de doenças mentais.

A terceira Conferência busca afirmar a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser ofertado ao portador de sofrimento psíquico onde se busca o suporte nos serviços através do cuidado domiciliar enfrentamentos das crises. (MORENO, 2003, p.5)

Outra questão pertinente no seio dos assuntos presentes nessas Conferências foi a necessidade de superação da imagem posta a sociedade de maneira geral dos portadores de transtornos mentais. A família foi posta mais uma vez como primordial nessa “luta”, com o papel de concretizar novas formas de tratamento, inclusive a sua reinserção no meio comunitário, desfazendo antigas maneiras baseado na exclusão e isolamento.

Considerando avanços e as transformações no cuidado com doentes mentais a partir do conhecimento e da vivência em alguns dos serviços oferecidos a este público, pode-se perceber a melhoria das condições de tratamento direcionado a esse público, entendendo que é proporcionado aquele que sofre de algum transtorno psíquico o desenvolvimento de ações muito mais favoráveis a seu tratamento a partir da ênfase dada a família neste processo.

[...] não se pode separar a doença do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida como uma aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação. (NAVARINI, 2008, p.1)

Apesar do entendimento do papel indispensável da família de pessoas com doença mental no seu processo terapêutico, faz necessário enfatizar como a família passa a “ver” aquele integrante da sua família, que é portador de doença mental, quando há necessidade de sua internação pela ocorrência de crises em que a família não se vê capaz de controlar.

Na situação de internação em hospitais psiquiátricos ou outras entidades, há um anseio comum nas famílias, que se tenham respostas quanto à sua doença, há a curiosidade pelas possibilidades de cura do usuário. A família passa muitas vezes para a equipe hospitalar ou responsável pelos serviços a esperança da cura do seu familiar. Buscam-se entendimentos quanto à causa daquela doença.

Em alguns casos pode-se perceber que quando não se alcançam melhorias ou cura do quadro da pessoa com transtorno mental, a família desse doente passa a perder o interesse de contribuir no seu tratamento, responsabilizando muitas vezes primordialmente as instituições que ofertam serviços para esse público. Aparece também no seio familiar medo ou angústia de ter que lidar com um doente mental durante toda sua vida. O familiar que possui transtorno mental passa a ser visto como um “fardo” dentro da sua família.

Dentre muitas discussões que são provocadas quando se fala em família e a sua relação com doenças mentais ou doente mental, pode-se falar nas consequências que são provocadas àqueles que passam a conviver com essa realidade. Muitas vezes casos de transtornos psíquicos são longos e graves, trazendo alterações na rotina de famílias, tanto nos aspectos mais simples, como desenvolvimento de atividades rotineiras, e questões financeiras como também alterações emocionais em todo seio familiar decorrente do quadro de enfrentamento de tal situação.

[...] dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações. (COLVERO, 2004, p.2)

O CAPS traz uma nova forma de oferecer tratamento aos doentes mentais e suas famílias, aproximando-o da sociedade, e possibilitando que usufruam de seus

direitos como cidadãos. Esse novo modelo de tratamento traz o usuário para a continuidade do seu processo terapêutico dentro do grupo familiar, adotando-se o quanto mais breve possível permanências em hospitais psiquiátricos.

A internação aparece como uma solução para a situação insuportável de ansiedade e temor que vivenciam as famílias quando percebem a emergência de uma descompensação, e, em alguns casos, pode representar uma tentativa de manutenção da estrutura familiar. (SADISGURSKY, 1997, apud, PEGORARO, 2006)

Em alguns casos torna-se muito difícil a convivência entre a família e portador de doença mental, onde se vê como única alternativa a internação. Esse fato também é explicado pela grande dificuldade de lidar com o comportamento indesejado dessas pessoas em momentos de crises, o que causa sofrimento e sentimento de impossibilidade de ajuda em tais momentos.

A família é também de certo modo excluída do tratamento dos internados em hospitais psiquiátricos. São vistas pelas instituições como informantes da história dos portadores de transtorno mental, sendo “chamadas” mais tarde à resgatarem os seus dos estabelecimentos onde se encontram.

Nesse sentido a família não é incorporada no tratamento, sendo colocada em segundo plano, muitas vezes apenas como mantenedora do seu familiar. Daí passa o portador de transtorno mental a ser tratado fora do âmbito familiar e visto como um problema que deve ser superado isolado do seu contexto familiar.

2.2 O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e a relação com a família de seus usuários. Uma parceria necessária.

Foi na terceira Conferência Nacional de Saúde Mental onde se consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um papel estratégico para a mudança do modelo de assistência (BRASIL, 2001).

De acordo com Brasil (2001), Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país.

Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2001, p.12)

Pode-se dizer que na vivência nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS II, com a constante observação e envolvimento nas atividades realizadas nesta instituição, verifica-se a família dos usuários do serviço como imprescindível na recuperação/tratamento dos portadores de qualquer tipo de transtorno mental, dos mais graves aos menos graves e passageiros. Pois é exatamente a base familiar que pode dar continuidade as formas de tratamento, quando os usuários ultrapassam os “limites” da instituição. É também a família, base de confiança e afeto do doente mental, além de ser responsável primordial pela qualidade de vida e bem-estar do doente mental

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. (BRASIL, 2004, p.29)

Possibilita-se a conclusão do papel da família no tratamento dos doentes mentais, tanto a partir de estudos e entendimentos, quanto a partir da análise do cotidiano dos usuários. Considerando aqueles que recebem apoio integral dos seus familiares como também daqueles que não recebem o acolhimento adequado e necessário para o sucesso de seu processo terapêutico.

A influência familiar positiva na vida dos doentes traz melhoras significativas no seu tratamento, possibilitando que se leve uma vida em condições o mais normal possível, com o contato com o seu grupo familiar e com a convivência com o meio social que qualquer cidadão tem direito.

Já quando se refere àquela parcela da população portadora de doença mental que não tem a sua família como contribuinte do seu desenvolvimento saudável, identifica-se o agravamento do seu quadro de doença.

Esse quadro desagradável e desanimador presente na vida de muitos doentes mentais pode ser entendido como resultado de falta de preparo, frustrações, incapacidade emocional, financeira e tantas outras na capacidade da família ou de algum membro familiar em conviver com essa doença. Esses fatores podem trazer como consequência atos de agressividade, violência, impaciência para com as pessoas que portam transtornos psiquiátricos, concretizando um quadro de violação de direitos grave e que necessita de superação através de maior atenção do Estado de uma forma geral, na preparação de profissionais capacitados a orientar essas famílias e de oferecer condições de saúde dignas que permitam um viver saudável e digno a todos, sem distinção.

Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p.29)

Têm-se então nos CAPS's atenção especial para o trabalho com a família dos usuários onde são realizadas oficinas e reuniões com os profissionais da instituição no sentido de trazer a família para o interior do espaço onde acontece o processo terapêutico dos usuários, como também aproximação e conhecimento do que se realiza no interior desta instituição.

O estereótipo dado no decorrer do desenvolvimento da sociedade a toda população que possui transtorno mental é um fator de grande peso que pode ser considerado, tanto no preconceito que sofre no seio familiar quanto diante de grande parte da sociedade que considera o portador de doença mental uma pessoa que deveria viver "separado", ou seja, isolado de toda a sociedade.

A reinserção social implica numa ética de solidariedade, que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade. (SILVA, apud, KINOSHITA, 2006, p.40).

É no cenário dos meios de proteção aos portadores de transtorno mental que se destaca o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, com o objetivo de atender à população portadora de transtorno mental, realizar o acompanhamento

clínico dos usuários e principalmente reinserir os usuários na sociedade pelo acesso ao lazer, trabalho, cultura, em atividades físicas e também no fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo informações do Portal de Saúde, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas portadoras de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida.

A inserção do usuário no CAPS acontece por meio de seleção baseada em alguns critérios. Além do fato de possuir algum transtorno mental, deve buscar o serviço acompanhado de familiar responsável para o devido acompanhamento como também residir na cidade onde localiza-se o CAPS.

A partir da triagem realizada por profissional responsável do CAPS o usuário é inserido nos serviços ofertados de acordo com a sua necessidade para a progressão no seu tratamento.

Pode-se destacar que no CAPS Crato existem grupos, que realizam suas atividades com o intuito de proporcionar aos seus usuários a reintegração na sociedade, como também buscar o melhoramento no convívio familiar. Dentre os grupos existentes no CAPS destacam-se os grupos terapêuticos que são ministrados por artesã, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo e educador físico, e também o grupo de convivência que tem o intuito de trabalhar a família dos usuários através da visão de todos os profissionais que integram o quadro do CAPS, ficando a cada mês um profissional responsável pelo encontro com o grupo.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. (BRASIL, 2004, p.20)

Diante do apresentado e da vivência no CAPS, pode-se compreender o papel fundamental da família no correr das ações desenvolvidas. Dentre inúmeras “atribuições” já identificadas que são de responsabilidade das famílias dos usuários, pode-se ainda identificar o seu papel como colaborador indispensável para o um eficiente desenvolvimento das atividades do CAPS.

[...] a família é fundamental na manutenção do portador fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde mental, com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental. (SILVA apud WAIDMAN, 2006, p. 37)

Verifica-se que não se pode ter o sucesso esperado a partir das ações desenvolvidas se não se tem a parceria da instituição com a família dos seus usuários. Pois representam unidade essencial para que sejam concretizados os objetivos do CAPS no tratamento de doenças mentais.

Pode-se concluir que os CAPS vem consolidando uma nova maneira de tratar os pacientes portadores de transtornos mentais, considerando a complexidade das práticas terapêuticas que buscam a integração do doente mental na sociedade de forma digna, como também mostram-se efetivos na substituição das práticas hospitalares por novas estratégias de cuidado destinada a este público promovendo os serviços de saúde e cidadania aos que sofrem transtornos psíquicos.

### **CAPÍTULO III: ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CAPS**

#### **3.1 Percursos Metodológicos**

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial do município do Crato – Ceará, com os familiares dos usuários do CAPS que devemos destacar como sendo o foco da pesquisa uma quantidade de 10 famílias (um membro por família).

A população corresponde a uma amostra de 3,33%, diante do universo de 300 pessoas que integram o grupo. Os mesmos concordaram em participar da pesquisa, onde foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, ilustrando os objetivos da pesquisa e assegurando o anonimato dos participantes. Os dados foram adquiridos através das respostas fornecidas pelos familiares dos usuários do CAPS do município de Crato - CE.

Desta forma, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa, quantitativa, de campo e bibliográfica. O método quantitativo de acordo com Richardson (2008) representa, em princípio, a intenção de garantir precisão dos resultados, evitar distorções de análises e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às informações.

A pesquisa de natureza qualitativa que também presente na pesquisa enfoca a questão descritiva como sendo, o principal método satisfatório para um melhor desempenho da pesquisa.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21- 22)

A partir da pesquisa tem-se a descoberta da realidade sendo de suma importância identificar o contexto histórico no qual estão envolvidos os sujeitos da pesquisa, analisando suas características, para assim compreender as dificuldades enfrentadas pelos mesmos no dia-a-dia.



Faz-se necessária a presença da pesquisa bibliográfica como o ponto de partida para todos os tipos de pesquisa, com o suporte em livros, artigos, revista [...] para melhor compreensão da problemática. “A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de levantamento de material com dados já analisados e publicados por meio de escrito e eletrônicos”. (MATOS, 2001, p.40)

Foi necessária também a realização da pesquisa de campo que para Marconi e Lakatos (2005), é aquela que tem como finalidade conseguir informações e/ou conhecimentos sobre o problema para o qual procuramos resposta.

O método utilizado será o materialismo histórico dialético, baseado nas categorias e concepções de mundo elaborado por Marx, os quais explicam a totalidade das relações concretas, inseridas numa perspectiva dialética e contraditória.

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento [...] é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ela interpretado. (MARX, apud, NETO, 2009, p.673)

Foi escolhida como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, sendo ela um elemento importante para a pesquisa no sentido de comunicação verbal, do entrevistador e do entrevistado.

As entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. (BONI; QUARESMA, 2005, p. 75)

Apos a utilização das técnicas mencionadas acima presentes no decorrer da pesquisa, proporcionam suporte para o pesquisador ao longo do trabalho, sendo assim um conjunto de etapas a ser alcançada na investigação para a concretização dos objetos propostos.

### 3.2 Caracterização do CAPS de Crato

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Crato foi inaugurado no ano de 2002, fica localizado na Travessa Santana do Cariri, s/n, no Bairro Seminário. O mesmo configura-se como conjunto de alternativas para implantação da Reforma Psiquiátrica, atende sua demanda em âmbito municipal.

A instituição é de caráter público, financiada com recursos federais, através do Ministério da Saúde e do próprio município. A mesma é tida como unidade de tratamento e rede de trabalho comunitário que vem realizando atividade no seio familiar, enquanto no interior deste realiza grupos terapêuticos com os usuários.

O CAPS do município de Crato incorporou toda a ideologia proposta pela reforma psiquiátrica nos seus serviços contra o preconceito que mascara os doentes mentais, e também se consolida como instrumento fortalecedor da construção da rede de cuidados em saúde mental, composta por uma equipe multiprofissional que desenvolve o seu papel, garantindo serviços de qualidade, fortalecendo o relacionamento do usuário e da própria família.

Na especificidade, a população atendida é focalizada no doente mental, atendendo conseqüentemente a família do mesmo. Todo aquele portador de doenças mentais indistintamente da modalidade em que foi inserido seja no semi-intensivo, intensivo e não-intensivo, o usuário recebe atendimento ambulatorial, consultas especializadas, medicamento de auto e baixo custo, grupo terapêutico, equipe multiprofissional que avalia a história de vida do usuário, para se ter a elaboração do diagnóstico.

O CAPS é composto por uma equipe multidisciplinar, os profissionais que estão incluídos nessa equipe são: Psiquiatras, Psicólogos, Assistente Social, Enfermeiros, Terapeuta Ocupacional, Artesã, Recepcionista, Cozinheira e Guardas.

O objetivo do Serviço Social no âmbito do CAPS é efetivar os direitos sociais assegurados na Constituição Federal de 1988 e dentre outras Políticas Públicas, realizando encaminhamento, utilizando as diversas redes de atendimento para solucionar os problemas ora apresentados, fazendo com que o cidadão receba o serviço, vendo como direito e não como favor prestado.

O Assistente Social desenvolve práticas de atendimento individual, com um usuário que precisa expressar algo que está sentindo, relacionados aos problemas vividos em casa, famílias que precisam de orientações e acompanhamento em

situação rotineira ou em momentos críticos, atendimento de grupo com familiares, reunião com as famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir passos em comum, receber orientações sobre diagnósticos e sobre sua participação no projeto terapêutico, onde são realizados atendimento de grupo; oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, espaço de expressão plástica, pintura, desenho etc. Este profissional tem como suas atribuições orientar e despertar o usuário e família dentro dos serviços oferecidos através de reuniões, encaminhamentos, visitas domiciliares, oficinas de inclusão social, triagem, evolução dos prontuários.

O referido trabalho só pode ser realizado devido a um estágio curricular realizado durante um período de um ano, onde se participou de atividades desenvolvidas semanalmente no CAPS II no município de Crato, pois surgiu a partir daí uma dúvida, o pouco interesse da família para com o usuário do CAPS, o porquê de a maioria não comparecer a instituição.

Devido a tal questionamento sentiu-se a necessidade de pesquisar tal tema, com propósito de entender e analisar em que realidade a família do doente mental se encontra, o seu ver diante da importância da participação junto ao tratamento do usuário do serviço.

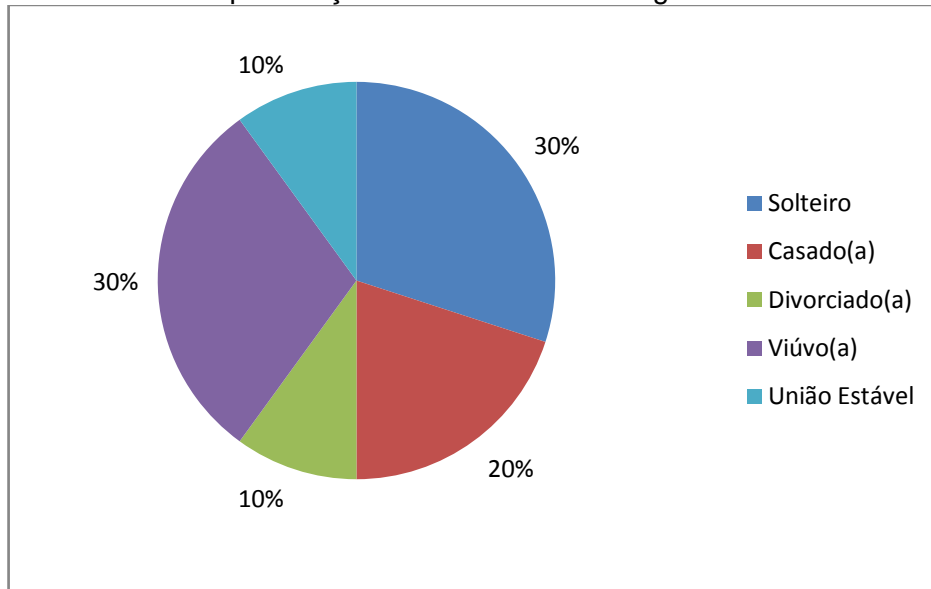
### 3.3 Apresentação do Perfil dos Familiares e Discussão dos Resultados

A partir das entrevistas realizadas buscou-se saber como se dá a participação da família no tratamento dos doentes mentais atendidos no CAPS, buscando-se analisar a realidade destas famílias, bem como as dificuldades que se apresentam no dia-a-dia destas famílias e que se fazem como empecilho para uma maior participação da família no seu tratamento, e os avanços que estes familiares puderam perceber após a inserção dos mesmos no serviço do CAPS.

Dos familiares entrevistados 70 % são do sexo feminino, sendo somente 30% do sexo masculino. Estes números demonstram a predominância de mulheres no cuidado e na responsabilidade dos usuários portadores de doença mental. Este resultado pode ser entendido já que o papel social das mulheres construído até hoje, se revela como sendo o gênero responsável pelo desenvolvimento de atividades domésticas, e do cuidado em geral com a família. Já o papel da figura masculina refere-se muito mais aos assuntos de trabalho e sustento da família.

O significado de cuidar com o providenciar de condições de sobrevivência física, ressaltando o lado prático do cuidado no que se refere à alimentação, vestuário e à medicação vêm associados às características relacionadas aos aspectos da maternagem, que se constitui num mito, coloca a mulher respaldada em atos de renúncia e sacrifício da individualidade em prol do grupo familiar (GÓES; CARMO, apud, SILVA, 2006, p.54)

**GRÁFICO 1:** Especificação dos entrevistados segundo o Estado Civil.



**Fonte:** Primária, 2012.

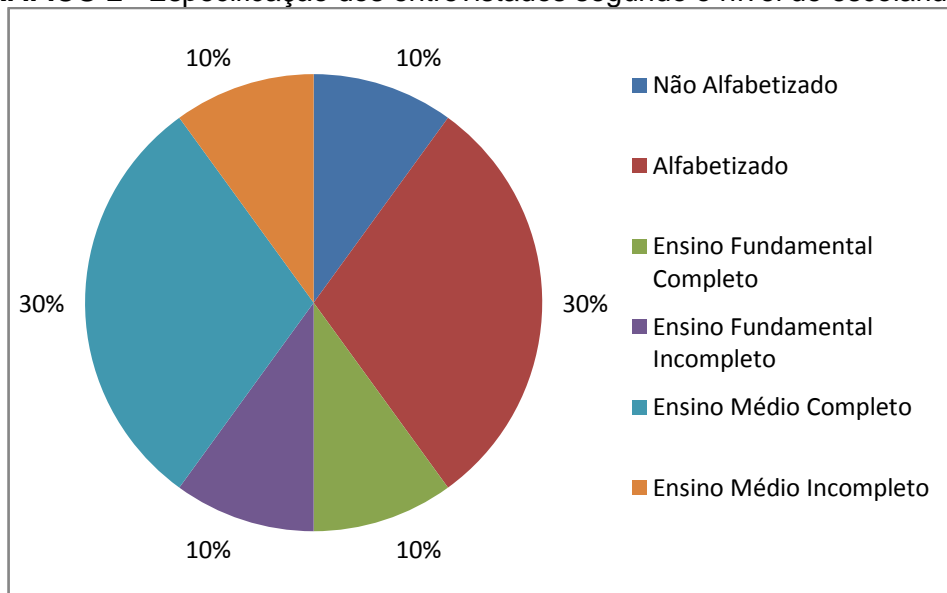
O gráfico acima apresenta o estado civil dos entrevistados, revelando que 30% deles encontram-se solteiros, 20% casados, 10% divorciados, 30% viúvos e 10% encontra-se em união estável. Esses dados nos mostram que a maioria dos entrevistados apresentam-se solteiros, seguidos mais adiante de entrevistados casados.

Verifica-se que 90% dos entrevistados possuem suas famílias compostas por 2 a 5 pessoas, 10% dos entrevistados têm sua família composta por mais de 6 pessoas, e que nenhum entrevistado possui família composta por apenas 1 pessoa.

A composição das famílias em relação ao número de componentes vem passando por transformações com o passar dos anos, onde apresenta-se uma diminuição no número de integrantes, principalmente devido à inclusão da mulher no mercado de trabalho, pois, ainda que temporariamente necessita interromper suas atividades profissionais para dedicar-se aos períodos de gestação e lactação dos seus filhos. Esse quadro provocou a diminuição das taxas de fecundidade, diminuindo assim o número de integrantes das famílias.

Esta informação nos mostra que a maioria das famílias entrevistadas dos usuários do CAPS são constituídas por um número de pessoas relativamente pequeno, podendo-se assim constatar que os mesmos estão inseridos em um ambiente familiar que permite uma maior aproximação do doente com seus familiares, o que é de fundamental importância para a sua inclusão no meio social e interação com os seus familiares.

**GRÁFICO 2**– Especificação dos entrevistados segundo o nível de escolaridade.



**Fonte:** Primária, 2012.

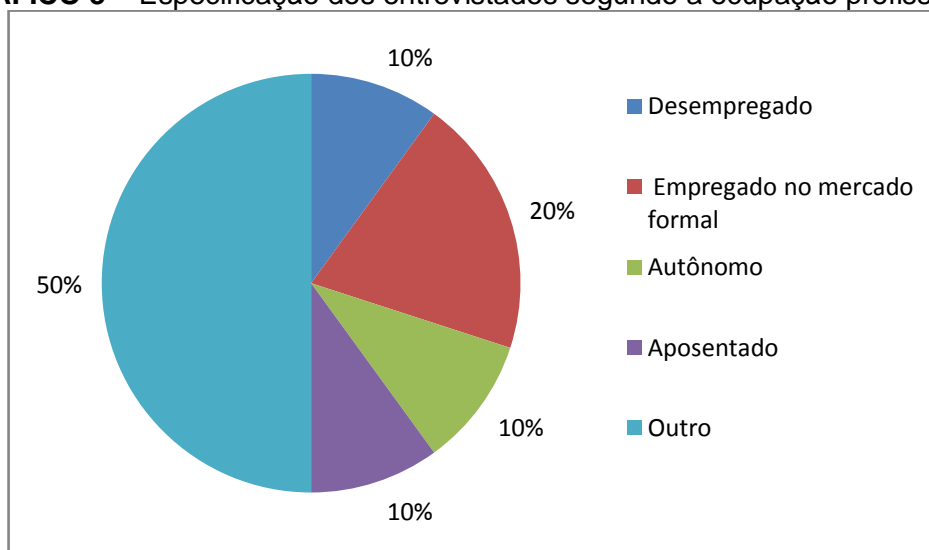
Através do gráfico 4 podemos constatar que 10% dos entrevistados não são alfabetizados, 30% são alfabetizados, 10% concluíram o ensino fundamental, 10% não concluíram o ensino fundamental, 30% concluíram o ensino médio e 10% não concluíram o ensino médio.

Outro aspecto refere-se à capacidade de compreensão dos cuidadores, na medida em que estes tendo pouca escolaridade apresentam maiores dificuldades no manejo do PTM no dia a dia, acarretando mais uma fonte de desgaste e tensão na unidade familiar. (SILVA, 2006, p.58)

O precário fator educacional observado nos entrevistados, vem traduzir um problema real que existe principalmente nos países de terceiro mundo, onde a desigualdade social é gritante nos países considerados em “desenvolvimento”, como o Brasil.

A precarização da educação pública no Brasil reflete diretamente no cotidiano da população pobre, uma vez que, os que têm condição financeira de prover educação privada e de qualidade aos seus familiares, terão conseqüentemente maiores oportunidades, e uma melhor qualidade de vida. E os que fazem parte da classe subalterna que compõe a sociedade continuam sendo excluídos, tendo em vista que, não há melhora na qualidade do ensino público, continuando assim, o ciclo de pobreza bastante visível em nosso país. “[...] a desigualdade de renda repercute fortemente nas outras desigualdades, entre as quais encontra-se a desigualdade na educação.” (CASUSSUS, 2002, p. 24).

**GRÁFICO 3** – Especificação dos entrevistados segundo a ocupação profissional.



**Fonte:** Primária, 2012.

Por meio deste gráfico podemos analisar que 10% dos entrevistados são desempregados, 20% deles estão inseridos no mercado formal de trabalho, 20% realizam são autônomos, 10% aposentados e 50% relatam realizar outras atividades.

Foi observado que a metade dos entrevistados não realizam atividades profissionais, restringindo suas ações à tarefas do lar. Este fato pode ser explicado pela necessidade de dedicação integral do familiar para com o doente mental.

Este quadro, onde os familiares como também os usuários não realizam atividades profissionais pode trazer impactos negativos na vida dos mesmos, já que o trabalho é base da construção da dignidade humana.

O portador que trabalha passa a acreditar em si mesmo, pois além de uma forma de geração de renda, percebe-se uma melhoria na qualidade de vida, tanto para o portador quanto para a família. O trabalho representa uma criação de formas efetivas de inclusão social. O programa de inclusão social pelo trabalho é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, embora existam diversas experiências, no que diz respeito à criação de cooperativas, associações e oficinas com geração de renda, com ótimos resultados. Elas ainda se apresentam frágeis na sua sustentação institucional e financeira. O financiamento destas iniciativas e a discussão permanente de seus dilemas práticos e teóricos são, sem dúvida, passos importantes para a consolidação da Reforma psiquiátrica Brasileira. (BRASIL, apud, SILVA, 2006, p.74)

A renda familiar de 30% dos entrevistados é de até 1 salário mínimo, 60% deles apresenta renda de 1 a 2 salários mínimos e 10% relata possuir renda de 3 a 4 salários mínimos.

Vale ressaltar a questão da má distribuição de renda que se apresenta como o principal determinante da pobreza no país. Esta questão é pertinente na realidade da maioria da população brasileira que conta com baixos salários e que muitas vezes não conseguem contemplar as suas necessidades de sobrevivência.

Cabe aqui destacar do antagonismo que existe entre as classes nos países de terceiro mundo como é o caso do Brasil, que segundo o almanaque 2009, o país está entre os mais destacados no que diz respeito a concentração de renda nas mãos de poucos, onde essa concentração reflete diretamente no rendimento de grande parte da população que vive apenas com um salário.

Tais obstáculos acentuam-se quando diz respeito à família de baixa renda, pois aqueles que possuem poder aquisitivo não enfrentam qualquer problema relacionado a aspectos materiais, podendo, por exemplo, contratar um profissional que auxilie no cuidado ao PTM, enquanto na família desprovida de recursos financeiros há uma somatória de dificuldades, por se dedicarem integralmente ao PTM, muitos não conseguem conciliar com um emprego, a moradia nem sempre corresponde as suas necessidades, a alimentação é insuficiente, o acesso a educação e saúde de qualidade tornam-se um desafio diante das impossibilidades de custear tais serviços, e ausência de protagonismo para reivindicar este direito, o que é compreensível acompanhando esta árdua realidade. (BUSSULA, 2009, p.14)

Este fato atinge o modo de viver de toda a população que se encontra em situação de pobreza, vitimizando ainda mais aquela parcela que necessita de maiores aparatos para que se alcance a garantia de mínimos sociais necessários a

sua sobrevivência, destacando aqui as pessoas que possuem transtornos mentais e suas famílias.

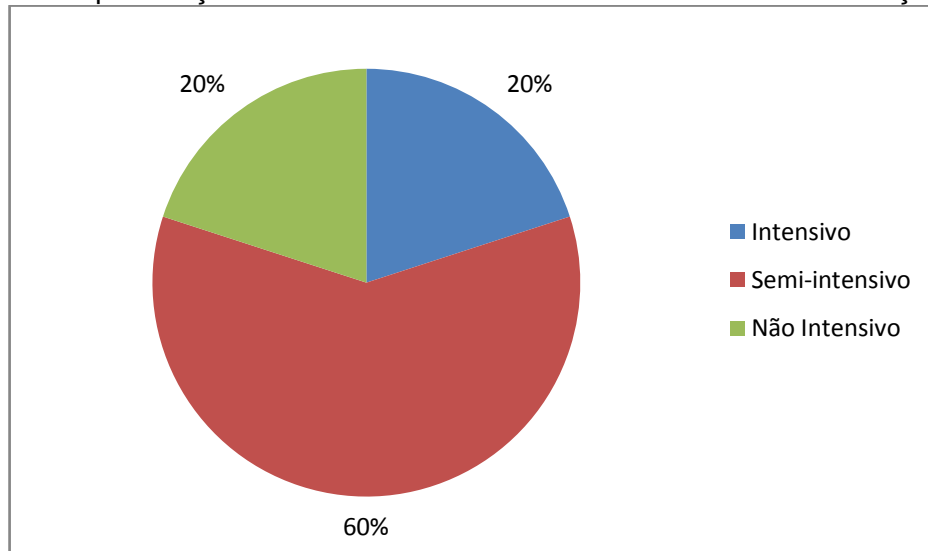
A partir das análises das respostas obtidas, verificou-se que 100% da população reside na zona urbana, e nenhum usuário das famílias entrevistadas é residente da zona rural do município, pode-se assim afirmar que a grande maioria dos usuários atendidos no CAPS residem na zona urbana.

Quanto aos entrevistados revelou-se que 40% dos entrevistados são mães de doentes, 10% são irmãos, 20% são filhos, 20% são esposos (as) e 10% relatam outro grau de parentesco em relação aos doentes.

Esses dados nos indicam que a responsabilidade na maioria das famílias entrevistadas, permanece com a família nuclear, com maioria na responsabilidade de mães e filhos, havendo participação de outros familiares, porém em menor escala, como no caso daqueles que ficam aos cuidados de esposos(as), como também de outros parentes.

A partir da análise desses dados, pode-se refletir acerca da necessidade de trazer para o foco das atividades que buscam envolver a família e aproximá-la da instituição, a participação de todos os cuidadores dos doentes, para que haja cada vez mais a interação entre o doente e sua família, fortalecendo os vínculos do doente com estes familiares, independente do grau de parentesco que possuem os mesmos.



**GRÁFICO 4** – Especificação sobre a forma de atendimento do usuário do serviço do CAPS.

**Fonte:** Primária, 2012.

A maioria dos usuários das famílias entrevistadas, 60% frequentam a modalidade de atendimento semi-intensivo, ou seja,

[...]nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. (BRASIL, 2004, p.16)

Já 20% frequentam a modalidade intensivo, que segundo Brasil (2004), “[...] trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua”. (BRASIL, 2004, p.16)

E mais 20% frequentam a modalidade não intensivo, “[...] oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês”. (BRASIL, 2004, p.16)

Estes dados nos mostram que o CAPS analisado, oferece todas as modalidades, sendo a semi intensiva mais frequentada.

### 3.4 Análise dos Dados Específicos da Pesquisa

Após traçar o perfil sócio econômico da população entrevistada, serão agora expostos os resultados obtidos através da análise qualitativa presente no estudo. Os (as) entrevistados (as) responderam a questões que procuravam investigar sobre o conhecimento dos familiares em relação à participação da própria família no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial, de Crato - CE, como também as repercussões da participação dos mesmos nestes serviços.

Quanto aos questionamentos feitos no primeiro ponto procurou-se saber qual o motivo de o familiar ter procurado o serviço do CAPS.

*“Por que é o único que dá suporte para pessoas com esse problema.” (F4)*

*“Necessidade mesmo, problema de saúde, e sem condições de pagar psiquiatra.” (F9)*

*“Por que o médico sugeriu, e acho melhor do que ela ir pra o Santa Tereza.” (F7)*

*“Por que nos conscientizamos que ela necessitava e precisava de um serviço permanente.” (F3)*

Observando-se as respostas obtidas pode se relacionar a busca desses serviços a diversos motivos, sendo o primeiro falta de recursos financeiros para pagar tratamento em clínicas particulares, o segundo “medo” que o doente seja internado em hospitais psiquiátricos e o terceiro é ultimo por indicação dos médicos e a partir daí se conscientizam da necessidade do familiar e procuram serviços especializados para o tratamento da doença mental.

Adiante foi perguntado se o familiar conhecia as atividades que o seu familiar portador de transtorno mental participa no CAPS.

*“Conheço algumas, não todas.” (F5)*

*“Não, não conheço.” (F9)*

*“Mais ou menos, só por cima.” (F3)*

A análise das falas apresentadas aponta como fator de fragilização da relação e parceria entre CAPS e família dos usuários, o não conhecimento dos mesmos das atividades que o seu familiar participa. Este fator nos faz questionar a relação que se estabelece entre instituição e família, no sentido de promover parcerias, para que se tenha maior efetividade daquele serviço prestado. Seria necessário que a família do usuário que frequenta as atividades e ações desenvolvidas no CAPS conhecessem como são realizadas, e principalmente de que forma contribui para o seu tratamento, procurando sugerir e acompanhar, proporcionando melhorias e avanços nas mais diversas atividades do CAPS, tornando-as cada vez mais promotoras do bem-estar e da qualidade de vida daqueles que usufruem do serviço ofertado.

O estabelecimento de vínculos vai facilitar a parceria, pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e das famílias, implementando uma ação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e construção de invenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto. (SCHRANK, 2006, p. 89)

Na oportunidade buscou-se saber se o familiar do usuário do CAPS percebeu mudanças na rotina diária do seu portador após a participação dos projetos do CAPS.

*“Controlou os nervos dela, pra gente foi muito bom, acalmou mais.” (F3)*

*“Sim, ela gosta de lá e não sai mais sem destino de casa.” (F1)*

*“Sim, ela melhorou. Ficou mais calma e comunicativa.” (F 10)*

*“Melhorou muito, deixou de ser agressivo e passou a ser mais limpo.” (F6)*

*“Ela está melhor, diminuiu a depressão e chora menos.” (F9)*

As respostas obtidas nos mostram que a inserção dos doentes mentais das famílias entrevistadas no CAPS, reconhecem que o serviço pôde proporcionar melhorias na sua qualidade de vida, com a melhoria principalmente nos quadros

mais graves da doença, como agressividade, crises de choro, e a comunicação. Essa análise nos faz perceber que o CAPS na medida que desenvolve suas funções consegue influenciar diretamente no cotidiano daqueles doentes, como também no cotidiano das suas famílias que percebem e reconhecem os avanços alcançados com o tratamento que lá é ofertado. Em outro ponto foram perguntados quais as dificuldades que o entrevistado, como familiar, encontrava para participar das atividades do CAPS.

*“Por que não posso fechar a venda para participar.”(F9)*

*“Por que eu trabalho.” (F8)*

*“Sou doente.” (F2)*

*“Não posso me locomover.” (F6)*

As principais dificuldades foram em relação à questões de trabalho, que impedem alguns dos familiares de participar das atividades realizadas no CAPS. Os mesmos não podem afastar-se das suas atividades laborativas para garantirem parte do sustento de sua família. Este quadro também pode ser entendido a partir da análise da condição financeira das famílias, que distanciam-se da instituição que o seu familiar frequenta. Problemas relacionados à saúde dos familiares responsáveis pelo doente mental também aparecem como sendo motivo de sua ausência do CAPS.

Mais adiante perguntou-se ao familiar se o mesmo considerava importante a participação da sua família para o tratamento do seu familiar no CAPS.

*“Sim, por que tem que acompanhar porque com o familiar junto sempre vai mais longe.” (F 10)*

*“Acho, por que tem que ir lá contar os problemas ao médico e saber se ele está sendo bem tratado.” (F9)*

*“Acho, com certeza. Pra ficar sabendo sobre o desenvolvimento dele.” (F4)*

*“Muito, porque a pessoa doente tem que ter atenção de todos da família.” (F3)*

*“Sim, porque está dando força ao paciente.” (F8)*

Como podemos observar a partir das falas expostas acima, a família dos usuários considera importante a sua presença dentro da instituição para que se acompanhe e se conheça a realidade do usuário no CAPS, entendendo-se porém, as dificuldades que foram postas quanto a possibilidade de uma maior aproximação entre família e instituição.

Com relação ao atendimento ao grupo de familiares, além de reunir as famílias, serve para criar laços de solidariedade entre estes, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre a doença do seu PTM e, também, falar sobre a importância da participação da família nos projetos terapêuticos. (SILVA, 2006, p.72)

A partir da análise dos dados obtidos através da visão dos familiares, subentende-se que através do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Crato - CE, estão sendo ofertados os serviços propostos pela Política de Saúde Mental para que se tenham melhorias e avanços na qualidade de vida e no tratamento dos usuários com transtorno mental, lhes oferecendo condições mais dignas e humanas na condução de suas vidas, a partir de um tratamento humanizado, do acompanhamento com profissionais capacitados, assim como a sua vivência em um ambiente saudável.

Vale ressaltar ainda que a tentativa de se efetivarem os objetivos de tal política, necessitam ainda de avanços que só serão possíveis a partir da resolução de questões muito mais profundas na sociedade, que não dependem da política de saúde e saúde mental do país, das práticas do Serviço Social e muito menos da instituição CAPS. São questões estas relacionadas a grande desigualdade social existente no país, à Proteção Social que não garante todos os meios necessários à condução de uma vida digna a sua população, a exclusão social de grande ou maioria das pessoas com transtorno mental, entre vários outros problemas que reproduzem-se cada vez em maior escala, como construtores do sistema capitalista.

Se analisadas essas questões no cotidiano das famílias dos usuários do CAPS, pode-se compreender algumas das dificuldades identificadas durante a pesquisa, como por exemplo, a dificuldade de uma maior aproximação dos familiares com a instituição e com o tratamento do seu familiar por questões de trabalho, que muitas vezes ocupam a maioria do seu tempo, os afastando assim do relacionamento família/CAPS.

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p. 29)

Brasil (2004) afirma que a presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico, contribuindo para o direcionamento das atividades de acordo com a realidade dos usuários. Os familiares também têm criado associações, com outros familiares e/ou usuários, que podem ser um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos.

O Serviço Social está presente,

O trabalho do assistente social com as famílias dos PTM deve estar direcionado ao fortalecimento dos vínculos para com o membro que necessita de atenção e cuidados especiais, o que inúmeras vezes resulta distanciamento e rejeição, prejudicando ambas as partes. Se colocar a disposição da família para escutá-las, demonstrando atenção e importância para os diversos problemas que ela apresenta, algo aparentemente simples e que poderia ser realizado por qualquer outra pessoa mesmo sem formação acadêmica, é na verdade uma etapa do caminho a ser percorrido na busca de algo maior, cujo diferencial está na intencionalidade do assistente social que pode se deixar levar pelos limites institucionais e outros desafios a serem superados ou então propor e efetivar mudanças na realidade dessa família vítima da exclusão social. (BUSSULA, 2009, p.17)

Desta forma pode-se afirmar que as famílias representam papel primordial no tratamento dos usuários com transtorno mental, verificando, porém, que ainda são marcantes evidências de distância entre muitas famílias e o os usuários do CAPS. No que concerne ao objetivo geral deste estudo, que se propõe a identificar a participação familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do município de Crato - CE, a partir da

percepção das famílias, foi visto que os serviços são ofertados de forma satisfatória obtendo-se o melhorias relatadas pelos familiares, sendo a família o principal representante na parceria do tratamento dos usuários, interagindo e cuidando do dente mental juntamente com a instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental no Brasil pode ser entendida como política pública garantida para aqueles cidadãos que necessitam dos serviços que a mesma oferece, devido à doenças que afetam a mente, e que por sua vez atingem muitas pessoas em todo o país, assim como no mundo. Esta política pode e deve ser analisada diante do processo histórico em que se inseriu, desde a sua emergência, considerando os métodos desumanos que marcaram suas práticas, até as conquistas alcançadas que foram determinantes para a humanização do tratamento dos cidadãos que possuem algum tipo de doença mental.

Neste âmbito a política de saúde mental foi levada em conta, de forma mais precisa em relação a saúde mental, enfatizando o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, como uma nova forma de cuidado e tratamento para com os doentes mentais, onde se foi possível modernizar, humanizar e procurar inserir socialmente as pessoas com doença mental. Sendo até hoje buscadas novas e melhores maneiras de oferecer os serviços e contribuir para a qualidade de vida da população atendida.

Desta forma, buscou-se compreender a importância que tem a participação da família no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, no município de Crato – CE.

Sendo assim, observou-se que a família desempenha papel imprescindível no tratamento de seus familiares que apresentam quadro de doença, entendendo que a família é tão importante para o avanço do tratamento e aumento da qualidade de vida destas pessoas, quanto as instituições especializadas nesse cuidado, nesse caso o CAPS. Esta afirmação nos faz entender que o tratamento institucional desvinculado do cuidado familiar pode trazer impactos negativos e retardo dos resultados que o CAPS objetiva proporcionar aos seus usuários.

Compreende-se que apesar do trabalho desempenhado pelo profissional de Serviço Social, em busca da interação familiar na instituição, o Assistente Social se encontra limitado devido ao baixo nível de escolaridade e contexto histórico vivenciado pelos familiares, ficando difícil conseguir o entendimento dessas famílias em relação a importância da sua participação no tratamento do doente mental.

A partir da análise realizada pôde-se perceber que ainda há que se avançar na inserção da família no tratamento dos seus familiares, pois a mesma ainda



desconhece a maneira como a instituição desempenha suas atividades, e o sentido de suas ações, apesar de reconhecer a melhoria do modo de viver de seus familiares após a inserção no CAPS.

Percebe-se, portanto a necessidade de se buscar fortalecer os vínculos entre instituição e família dos seus usuários, para que se tornem cada vez mais parceiros no tratamento destes, como também se tornem maiores propositores e “atores” na luta pela melhoria das condições dos doentes mentais no cenário social, efetivando assim os seus direitos sociais.

## REFERÊNCIAS

ALMANAQUE ABRIL. São Paulo: Abril. 2009.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. v. 2, n. 1, (3), janeiro-julho, p. 68-80, 2005. Disponível em: [http://www.emtese.ufsc.br/3\\_art5.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf) Acesso em: 23 de junho 2012.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf). Acesso em: 16 de Maio 2012.

BUSSULA, D. A.; OLIVEIRA, D. A. L. [et al]. **O Trabalho do Assistente Social junto aos Portadores de Transtorno Mental e suas respectivas famílias**. 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2169/2349>. Acesso em: 24 de Junho 2012.

CASASSUS, Juan. **A Escola e a Desigualdade**. Brasília: Plano Editora, 2002.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. 1993. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_1993.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf). Acesso em: 24 Junho 2012.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. **Família e doença mental**: a difícil convivência com a diferença. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. Acesso em: 22 de Maio 2012.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. [Mestrado]. Disponível em: [http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00006303&lng=pt](http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006303&lng=pt). Acesso em: 15 de Maio 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MATOS, K.S.L. VIEIRA, S.L. **Pesquisa educacional: o prazer de conhecer.** Fortaleza: Democrito Rocha: UECE, 2001.

MELLO, M. F; MELLO, A. A. F; KOHN, R. (Org.) **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAYO, C. S. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade.** Petrópolis- Rio de Janeiro: Vozes 1994.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.** 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>. Acesso em: 18 de Maio 2012.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. **A Família do Portador de Transtorno Mental: Identificando Recursos Adaptativos.** 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>. Acesso em: 20 de Maio 2012.

NETO, J. P. Introdução ao método da teoria social in **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais.** Brasília: UFRJ, 2009.

OLIVEIRA, Raquel Gusmão; MARCON, Sonia Silva. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>. Acesso em: 21 de Maio 2012.

PAIM, J. M. A. Reforma Sanitária e a Municipalização. In: **Saúde e Sociedade.** São Paulo, v. 01 n. 2, 1992.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena de Lima. **Sobrecarga de Familiares de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a12.pdf>. Acesso em: 19 de Maio 2012.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; JR, Alfredo Pereira. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família.** 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf> 2003. Acesso em: 18 de Maio 2012.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão.** 2001. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em: 16 de Maio 2012.

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

SCHRANK, Gisela. **O centro de atenção psicossocial e a inserção da família.** Porto Alegre. 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/8228>. Acesso em: 16 de Maio 2012.

SILVA, Sonia Maria Costa. **Participação da Família na Assistência ao Portador de Transtorno Mental no CAPS**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0532.pdf>. Acesso em: 17 de Maio 2012.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**FACULDADE LEÃO SAMPAIO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa intitula-se A participação familiar no tratamento dos usuários com transtorno mental assistidos no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do município de Crato-CE está sendo desenvolvida pela aluna Lorena Dayse Rodrigues Maia, matrícula Nº 2008100046, sob a orientação da Professora Mestre Mauricélia cordeira da Silva, da Faculdade Leão Sampaio.

Possui como objetivo analisar a participação familiar no tratamento dos usuários de transtorno mental assistidos pelo do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, com fins de produção monográfica que se estabelece como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo aluno. Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá algum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas com total veracidade e de forma voluntária e será codificada podendo ser apresentadas como artigo científico e poderão ainda ser apresentadas em eventos científicos, mantendo-se o sigilo e a integridade física e moral do indivíduo participante do estudo. A coleta de dados ocorrerá através da aplicação de entrevista, mantendo a integridade física e moral dos participantes.

Os (as) pesquisadores (as) estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o professor orientador.

Diante do exposto eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei a cópia desse documento.

Dados do Pesquisador:

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Juazeiro do Norte – CE, \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

**APÊNDICE B**  
**FACULDADE LEÃO SAMPAIO**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**A PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS COM  
TRANSTORNO MENTAL ASSISTIDOS NO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL (CAPS II) NO MUNICÍPIO DE CRATO - CE**

**I. Identificação Sócio-econômica do Familiar.**

1.1- Entrevista:

1.2- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

1.3- Estado Civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado (a) ( ) Viúvo(a)

( ) União estável

1.4- Quanta(s) pessoa(s) compõe(m) a família:

( ) 1 pessoa ( ) 2 a 5 pessoas ( ) acima de 6 pessoas

1.5 - Nível de Escolaridade:

( ) Não alfabetizado ( ) Alfabetizado ( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto

1.6- Ocupação Profissional:

( ) desempregado (a) ( ) empregado (a) no mercado formal ( ) autônomo (a)

( ) aposentado (a)

1.7- Renda familiar:

( ) sem renda ( ) até 1 salário mínimo ( ) de 1 a 2 salários mínimos

( ) de 3 a 4 salários mínimos ( ) acima de 5 salários mínimos

1.8- Localização da residência: ( ) urbana ( ) rural

Quantas pessoas residem no domicílio: \_\_\_\_\_

1.9- Grau de parentesco do familiar para com o doente:

( ) mãe ( ) pai ( ) irmão ( ) irmã ( ) filho ( ) esposo(a)

Outros especificar: \_\_\_\_\_

## **II. Identificação Específica do Familiar.**

2.1- Forma de atendimento do usuário nos serviços do CAPS:

( ) Intensivo ( ) Semi-intensivo ( ) Não Intensivo

2.2- Ano do ingresso da pessoa atendida no CAPS \_\_\_\_\_

2.3- Por quê você decidiu procurar o serviço CAPS?

---

---

2.4- Quantas vezes por semana o seu familiar participa das atividades terapêuticas do CAPS?

---

---

2.5- Você conhece as atividades que o seu familiar com doença mental participa no CAPS?

---

---

2.6- Você participa do grupo familiar realizado no CAPS?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, quando foi o último mês que participou?

---

---

2.7- Como familiar do doente o que você percebeu de mudanças na rotina do seu familiar que possui doença mental após a participação nos projetos do CAPS?

---

---

2.8- Quais as dificuldades como familiar você encontra para participar das atividades do CAPS?



---

---

2.9- Quem ministra os medicamentos do doente em casa?

---

---

2.10- Quais as dificuldades que você encontra para cuidar do seu familiar?

---

---

2.11 – Você acha importante a participação da sua família para o tratamento do seu familiar no CAPS? Por quê?

---

---