

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

FRANCISCA LAIS PIRES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PESSOAS
COM TRANSTORNOS METAIS ATENDIDAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I DE BREJO SANTO – CE**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2014

FRANCISCA LAIS PIRES DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PESSOAS
COM TRANSTORNOS METAIS ATENDIDAS NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS I DE BREJO SANTO – CE**

Monografia apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio – FALS, sob a orientação do Prof^o. Esp. Francisca Helaide Leite Mendonça.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2014

FRANCISCA LAIS PIRES DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM
TRANSTORNOS METAIS ATENDIDAS NO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL – CAPS I DE BREJO SANTO – CE.

Monografia apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio – FALS, sob a orientação do Profº. Esp. Francisca Helaide Leite Mendonça.

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profº.Esp. Francisca Helaide Leite Mendosa
Orientador

Profº Msc .Denise Furtado Alencar Lima
1º exminador

Profº.Esp. Mônica Ivo de Oliveira
2º examinador

Dedico esse trabalho a minha mãe Fátima minha amiga, por sempre acreditar que eu seria capaz, que sempre esteve comigo nos momentos em que pensei em desistir, nas horas das preocupações sempre estava do meu lado me dando força para continuar Esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida, por ser minha fonte de espiração, por está comigo dando forças nas horas que pensei em desistir desta caminhada.

A minha mãe Fátima e meu pai Luís Antônio por ter acreditado no meu potencial, investido nessa tão sonhada graduação, sem vocês eu não seria nada.

Ao meu irmãos Laudiemerson e Pedro que sempre aguentaram meus momentos de estresse.

Aos meus avós Maria Amélia e Joaquim pelo carinho, e que sempre foram exemplos de pessoas dignas.

Ao meu namorado Gerbson que sempre teve muita paciência, nos momentos que e estive ausente, e que sempre esteve do meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida.

A pequena Mariana que com sua alegria, fazia com que eu esquecesse de todas as dificuldades que enfrentei na construção desse trabalho .

A minha madrinha Diana que esteve presente na minha vida, em que sempre me deu amor como se fosse sua própria filha.

As minhas colegas e amigas em especial: Aglaiane, Aniclesse, Lidiane, Socorro e Bruna, sei que são amigas que vou levar para o resto da minha vida, passamos por muitos momentos e dificuldades, mas superamos todas as barreiras.

A minha turma 181.8 por ter sido uma família no período desses quatro anos juntas, compartilhando alegrias, tristezas e dificuldades juntas.

A minha amiga Ananda que sempre esteve comigo nas orientações, uma dando força a outra.

A minha Querida Orientadora Helaide pela paciência, dedicação e obrigado por tudo.

A todos os professores que fez presente nessa graduação.

As meninas da biblioteca que sempre me ajudaram muito na construção desse trabalho em especial Francirys, Cris, sarah, lara, Tayanara , Cira e Ana Paula.

Obrigada a todos que vivenciaram comigo esses momentos!

Toda a doutrina social que visa destruir a família é má, e para mais inaplicável. Quando se decompõe uma sociedade, o que se acha como resíduo final não é o indivíduo, mas sim a família.

(Victor Hugo).

RESUMO

O presente trabalho monográfico tem como sua principal discussão a importância da família no tratamento de pessoas com transtornos mentais atendidas no Centro de Atenção Psicossocial CAPS I de Brejo Santo -CE .Tendo como objetivo geral analisar a importância da família no decorrer do tratamento de pessoas doentes mentais e objetivos específicos Identificar a contribuição da família dentro do tratamento; entender como ocorre o processo de recuperação do doente com a intervenção dos familiares e Compreender a responsabilidade dos cuidados da família com o doente mental.O tema foi escolhido durante o período do Estágio Supervisionado I e II, mediante das observações que foram postas no mesmo. Para a realização deste trabalho foi possível fazer uma abordagem da trajetória da política de saúde e saúde mental no Brasil, destacando o conceito ,funções ,cuidados e sua importância no tratamento. A pesquisa foi natureza bibliográfica, qualitativa e metodológica científica. A mesma foi realizada com os cuidadores dos usuários doentes mentais atendidos no CAPS I. Obtendo uma população amostra formada por 10% do universo de 100 pessoas atendidas mensalmente na instituição, a pesquisa foi realizada no período de 06 de novembro do ano de2014. A pesquisa buscou-se compreender, como ocorre a participação da família no decorrer do tratamento dos usuários assistido no CAPS. Visando uma maior participação da mesma fortalecendo assim os vínculos e visando o bem – estar do doente. O resultado desta pesquisa com as famílias ocorreu de formas satisfatórias, obtendo resultados positivos, e foi de total relevância para a construção do presente estudo, para que passamos a entender a difícil forma de conviver com a doença mental em nosso meio.

Palavras- Chaves: Família, transtorno mental, CAPS I.

ABSTRACT

This monograph has as its main discursão the importance of family in the treatment of people with mental disorders treated at the Center for Psychosocial Care CAPS I Swamp Holy -CE .Taking as main objective to analyze the importance of family during the treatment of sick people mental and specific objectives Identify the family contribution within the treatment; understand how is the patient recovery process with the involvement of family and understand the responsibility of family care with the patient mental.O theme was chosen during the period of Supervised Internship I and II, by the observations that have been put in it. For this work it was possible to approach the trajectory of health policy and mental health in Brazil, highlighting the concept, functions, care and its importance in treatment. The research was literature nature, qualitative and scientific methodology. The same was done with the caregivers of the mentally ill patients seen in CAPS I. Getting a population sample consisting of 10% of the universe of 100 people met monthly in the institution, the survey was conducted from November 06 period of the year de2014. The research sought to understand, as is family participation during the treatment of users assisted in CAPS. In order to maximize participation in the same strengthening links and for the well - being of the patient. The result of this research with the families was satisfactory forms with positive results, and was full of relevance for the construction of this study, so that we understand the difficult way to live with mental illness in our country.

Key-words: Family, mint disorder, CAPS I.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAPS-AD** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CPAS** – Caixa de Aposentadoria e Pensões
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- HUS** – Hospital Universitário
- IAPs** – Instituto de Aposentadoria e Pensões
- INPS** – Instituto Nacional da Previdência Social
- LBHM** – Lei Brasileira de Higiene Mental
- LOS** – Lei Orgânica de Saúde
- MSTM** – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NOAS** – Norma Operacional de Assistência Social
- NOBIRH** – Norma Operacional, por meios de Recursos Humanos
- PAC** – Programa mais Saúde
- PCCS** – Plano de Carreiras e cargos e Salários
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel
- SF** – Saúde da Família
- SOS** – Pedido de Socorro Universal
- SP** – São Paulo
- SUDS** – Sistema Unificado de Desenvolvimento de Saúde
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- UPAS** – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Sexo do Cuidador.....	38
GRÁFICO 02: Responsável do Cuidador.....	39
GRÁFICO 03: Renda Familiar.....	40
GRÁFICO 04: Qual e a Relação da família com o Doente Mental.....	41
GRÁFICO 05: Seu ente Familiar já foi Internado em Algum Hospital Psiquiátrico?.....	42
GRÁFICO 06: Você sempre participa das reuniões, consultas, grupos realizados no CAPS?.....	43
GRÁFICO 07: Você acha que o acompanhamento da família no tratamento da pessoa com transtorno mental ajuda na sua recuperação?.....	44

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE	14
1.1 Uma Breve Abordagem da Política Nacional de Saúde.....	14
1.2 Política de Saúde Mental no Brasil.....	22
CAPITULO II - FAMÍLIA E DOENTE MENTAL	28
2.1 Família e Portador de Transtornos Mentais	28
2.2 Importância da Família.....	32
CAPITULO III – PERCURSO METODOLÓGIICO E ANÁLISE DE COLETAS DOS DADOS	35
3.1 Local da Pesquisa.....	35
3.2 Procedimentos Metodológicos	36
3.3 Resultado e Análise dos Dados	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXO	52
APÊNDICE	54

INTRODUÇÃO

A temática abordada no presente trabalho monográfico ressalta a importância da presença da família no tratamento do doente mental assistidos do Centro de Atenção Psicossocial CAPS I - Brejo Santo - CE.

A família é um mecanismo primordial em obedecer às demandas do cuidado e acolhimento. Principalmente quando se trata de doença mental no seu seio, considerando que a mesma enquanto ambiente de acolhimento visa uma melhor qualidade de vida do ente familiar doente mental.

O tema foi escolhido no durante a trajetória do estagio supervisionado I e II onde ocorreu no decorrer de um ano, na ocasião foi possível observar tanto a presença da família assiduamente no tratamento de cada ente doente mental, a difícil forma de convivência com o transtorno mental na família, além de conhecer as dificuldades postas por as mesmas .

Assim sendo o estudo tem como objetivo geral analisar a participação da família no tratamento de pessoas doentes mentais e objetivos específicos; Identificar a contribuição da família dentro do tratamento; entender como ocorre o processo de recuperação do doente com a intervenção dos familiares e Compreender a responsabilidade dos cuidados da família com o doente mental .O trabalho está dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo será abordada a politica de saúde no Brasil, desde a década de 20 até os governos Lula e Dilma, como também a trajetória da politica de saúde mental desde quando os doentes mentais eram tratados como “loucos”, onde eram internados em hospícios, até as dos criações Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

No segundo capítulo passa a ser abordada a presença da família no tratamento das pessoas com doença mental, no seio familiar, procurando analisar de como ocorre seus cuidados, responsabilidades, a forma de aceitação da doença, e a difícil convivência com esses indivíduos doentes na família.

No terceiro capítulo foi registrado os procedimentos metodológicos. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial CAPS-Brejo santo-CE, com a população amostra de 10% do universo de 100 pessoas atendidas mensalmente na instituição. A pesquisa foi de natureza qualitativa, bibliografia e

metodologia científica. A análise dos dados foram postos em gráficos para obter uma melhor observação dos mesmos.

Por fim, as considerações finais, onde foram expostos as observações dos resultados obtidos no decorrer da pesquisa.

Diante do que foi posto no decorrer da construção deste trabalho, se faz necessário compreender como é importante a presença da família no processo do tratamento de pessoas que sofrem com doenças psíquicas, onde se fez necessário entender suas dificuldades postas pelas mesmas e sua contribuição para a melhoria do tratamento do doente.

CAPÍTULO I – POLÍTICA DE SAÚDE

1.1 Uma Breve Abordagem da Política Nacional de Saúde

A trajetória da política de saúde no Brasil passa por inúmeras alterações desde a década de 1920, quando adquire um novo relevo nos discursos do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo o país. A reforma Carlos Chagas de 1923 tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, construindo uma nova estratégia da União de ampliação nacional no interior da crise política em curso, sinalizada a partir de 1922.

O modelo assistencial – privatista adotado a partir da década de 1920 tem como suas raízes no sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), regulamentadas pela Lei Eloy Chaves (1923). O sistema de caixas previdenciárias, organizadas a partir de contribuições do trabalho e do empregador, previa, além da assistência médica ao trabalhador e dependente, aposentadorias e pensões por morte. (MOTA, 2008, p. 6).

Esse período também foi marcado pelas questões de higiene e saúde do trabalhador, onde foram tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião de esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS). As CAPS foram às formas originárias da previdência social brasileira, junto com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), foram criadas em 1923, pela Lei Elói Chaves e institucionalizadas em 1930. (BEHRING, 2006).

Em 1930, no período getulista, a saúde passou por muitas transformações. Instituiu-se um sistema cooperativista, voltado especialmente para os trabalhadores, incentivando-os à integração no sistema sindical, por meio das criações das CAPS e dos IAPs.

As CAPS eram financiadas pela União, por empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios concedidos aos trabalhadores eram proporcionais às contribuições por eles realizadas, tais benefícios foram: assistência médica-curativa; concessão de medicamentos; estabelecimento de aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, bem como de pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2008).

Os IAPS, além dos benefícios previdenciários, desenvolveram um plano de saúde e um sistema classista que sobreviveria mesmo após sua unificação, em 1964, com a instituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que será explanado mais adiante. (SIMÕES, 2009) O surgimento da medicina previdenciária, com a criação dos IAPS, pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder a uma cobertura mais ampla. (BRAVO, 2008).

A partir de 1950, a estrutura dos atendimentos hospitalares de natureza privada, com fins lucrativos, já apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica estava ligada aos interesses capitalistas do setor e era, no momento, a mais organizada, pressionando o financiamento, através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, a assistência previdenciária até 1964 era fornecida basicamente pelos serviços dos próprios institutos.

A Ditadura Militar significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um período novo.

Em face da “questão social” no período 1964/1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2008, p. 93).

Nesse período da ditadura militar, haverá a unificação da previdência social com a junção dos IAPs em 1966, atendendo a duas características fundamentais: o crescimento do papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com a sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores.

Em 1970, o INPS contava com apenas 25 hospitais próprios, mas mantinha convênios com 2.634 hospitais privados. Essa situação resultava da política adotada pelo famoso Plano Nacional de Saúde, que pretendeu descentralizar a assistência médica transferindo-a da previdência para o Ministério da Saúde. A política nacional

de saúde passou por tensões políticas em face da necessidade de ampliação dos serviços, recursos financeiros e sua disponibilização, interesses empresariais e emergências do movimento sanitarista. (SIMÕES, 2009).

A organização dos setores progressistas de profissionais da saúde pública, denominada posteriormente de Movimento Sanitário, inicia-se em meados da década de 1970, quando ocorreu no Brasil um crescimento considerável de encontros de produção teórica na área de saúde coletiva, incorporado as análises propostas pelas ciências sociais.

Os estudos enfatizaram a análise das transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higiene da população, dificultando o seu acesso aos bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde.

Para finalizar a análise da saúde no período de 1974 a 1979, é importante ressaltar que a elaboração da política nacional de saúde enfrentou permanentes tensões entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros dos interesses advindos das conexões burocráticas dos setores estatal e empresarial médico, e a emergência do movimento sanitário. (BRAVO, 2007).

Na década de 1980, a sociedade brasileira vivenciou um processo de redemocratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentando uma profunda crise econômica que persiste até os dias atuais. A saúde nessa época contou com a participação de novos sujeitos sociais nas discussões das condições de vida da população brasileira.

Houve um fato marcante e fundamental para a discussão da saúde, onde ocorreu a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal.

A 8ª Conferência de Saúde foi um acontecimento mais importante nessa direção. A alteração da norma institucional ocorreu no processo constituinte com toda articulação e mobilização efetuada, tendo como resultado um texto bom para a saúde, que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário. Ao analisar o processo, muitos autores e lideranças de entidades concederam que nenhum outro setor teve o desempenho e uma proposta clara como a saúde. (BRAVO, 2009, p. 94).

A redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde, a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde, bem como a execução dos serviços ao nível local, culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que, em seguida, em 1988, transforma-se no SUS (Sistema Único de Saúde).

Em 1988 houve um grande avanço na área da saúde, conforme mencionado, por meio da promulgação da Constituição Federal, que declarou o direito à saúde como universal, não condicionada à contribuição. É o que diz o seu art.196 e a Lei nº 8.080 de 19/09/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS, que regulamentou os art. 196 a 200 da Constituição Federal, alterada pelas Leis 9.832/199, 10.424/2002 e 11.108/2005). A Lei 8.142, de 28/12/1990, por sua vez, regulou a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS é um sistema universal, de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Mesmo os que não utilizam dele se beneficiam por meio das campanhas de vacinação, ação de prevenção e de vigilância sanitária (como controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos entre outros) e de eventual atendimento de alta complexidade, assumido pelos hospitais públicos universitários, onde se encontram os melhores especialistas, quando é recusado pelos planos de saúde. (SIMÕES, 2009, p. 128).

O SUS tem como objetivo ofertar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde, para que assim sejam efetivados os meios e processos, estruturas e métodos capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo no Brasil.

O SUS é composto dos seguintes princípios: Universalidade, Equidade e Integralidade. A Universalidade, como o próprio nome sugere, se refere ao acesso universal à saúde, ou seja, todos, sem distinção, têm assegurado o direito aos bens e serviços de saúde. A Equidade, por sua vez, garante que todos os cidadãos perante o SUS sejam atendidos conforme suas necessidades. E a Integralidade, sugere a promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os seus níveis.

Na década de 90 haverá o redirecionamento do papel do Estado em decorrência da Política Neoliberal que será implantada no país. Essa política tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos

resultados, a redução dos custos e a produtividade. Dessa forma, o Estado torna-se não mais o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social do país, mas apenas o promotor e regulador desse desenvolvimento, quem assumirá o seu papel será o setor privado, juntamente com a esfera pública não estatal que surgirá como proposta desse plano neoliberal.

Dessa forma, a proposta da saúde construída na década de 1980 passa a ser desconstruída em virtude desse ideário neoliberal instaurado. A saúde passa a vincular-se ao mercado, priorizando as parcerias com a sociedade civil.

As atribuições do Estado nessa política neoliberal se resumem em garantir um mínimo aos que não podem pagar, e o setor privado se responsabilizará pelo atendimento aos que têm acesso ao mercado.

No governo Lula, o cenário social não se modifica tanto. Ressalta-se a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no financiamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social. Como exemplos de focalização, podem ser destacadas a centralidades do Programa Saúde da Família (PSF), sem alterá-lo significativamente para que se transforme em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para a população carente.

De acordo com o Ministério da Saúde, a saúde da família SF, busca concretizar os princípios e diretrizes do SUS, por meio da reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, desencadeando a conversão do modelo para a vigilância da saúde. Nesse sentido, a estratégia se construiria na “porta de entrada do SUS”, precisando estar articulada com os demais níveis de assistência à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Outro aspecto que está também relacionado mais diretamente com a precarização e a terceirização dos recursos humanos refere-se à ampliação da contratação de agentes comunitários de saúde. A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF foi polêmica, gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da impressão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público para a seleção dos mesmos, que tem sido realizada, na maioria dos casos, através indicações políticas.

Em 2001, aprovou-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/SUS/01/2001, que ampliou as respostas do município quanto à atenção básica e definiu o processo de regulamentação da assistência.

A partir de 2002, a normatização da saúde passou a ser efetuada através do pacto pela saúde, que se define como um conjunto de reformas necessárias ao SUS que deve ser pactuado pela União, Estados e Municípios, a fim de se promover inovações do processo e instrumentos de gestão. O pacto se efetua através da adesão do Município, Estado e União ao termo de Compromisso de Gestão que substituem as formas e funções definidas pelas normas operacionais.

As ações referentes à atenção básica assinalam um compromisso do governo com a ampliação e o fortalecimento do programa saúde da família, por meio do aumento do financiamento e da ampliação de equipes da saúde da família. (PAIM, 2005; apud MENESES, 2013).

Para a atenção hospitalar e de alta complexidade, vale ressaltar o fortalecimento dos vínculos dos hospitais Universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de algumas medidas, a saber: recomposição dos quadros de servidores desses hospitais; nova forma de financiamento dos HUs; estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa de Atendimento Integral às Urgências e a criação dos Serviços de Atendimento Móvel (SAMU); e estímulos e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências.

Com relação aos programas Especiais, foram mantidos o de combate ao Tabagismo e a AIDS. No que se diz respeito à saúde da mulher, houve um esforço para enfrentar a mortalidade materna e formular uma política específica. Quanto ao Programa de Tuberculose, é necessário garantir a cobertura da atenção. Apesar das ações sobre as doenças infecto-contagiosas, o perfil epidemiológico do país indica que outras enfermidades e agravos merecem a atenção da Secretaria de Vigilância e as doenças crônico-degenerativas (PAIM, 2005; apud MENEZES, 2013, p. 27).

Sobre a assistência farmacêutica, o governo buscou a ampliação de laboratórios oficiais, criou as farmácias populares e aumentou a fiscalização do controle dos medicamentos. Ressalta-se que um aspecto que não foi enfrentado, apesar do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ter apontado com o desafio para o SUS, diz respeito à subordinação das agências reguladoras às instâncias gestoras

públicas, mesmo se tratando de autarquias especiais: esta é a situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Entra as conferências realizadas, destaca-se a XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, em caráter extraordinário, e as seguintes Conferências Temáticas: III Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004); III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2005); III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e III Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Um dos aspectos centrais da política de saúde refere-se aos trabalhadores de saúde, que foram terceirizados nos anos 1990. Nessa direção, algumas propostas têm sido diferenciadas e foi objeto de discussão na III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, como a implantação do plano de carreiras e cargos e salários (PCCS) para o SUS; educação permanente; proteção social do trabalho; implementação da Norma Operacional, por meio de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS), aprovada como política nacional, por meio da resolução nº 330 em 2004.

O fórum da Reforma Sanitária, com a iniciativa do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), organizou, em dezembro de 2006, o Encontro Nacional de Conjuntura e Saúde, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FRIOCRUZ). Esse encontro teve como objetivo discutir uma agenda de debate para a reconstrução de um campo político da Reforma Sanitária que dê feição a um projeto mais geral para o país e articule diversas lutas do setor de saúde, como o financiamento e a alteração do modelo assistencial.

No segundo mandato, o plano de governo 2007-2010 do candidato Lula não apresenta um compromisso com a Reforma Psiquiátrica, uma vez que não menciona alguns eixos considerados centrais, a saber: controle dos planos de saúde, financiamento efetivo e investimentos e política de gestão de trabalho. O ministro, no primeiro mandato de sua gestão, levantou para debate questões polêmicas, como a legislação do aborto, considerando como um problema de saúde pública; a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e as necessidades de fiscalizar as farmácias.

O Ministério da Saúde, entretanto, não adotou algumas questões centrais ao ideário reformista construído desde meados dos anos 1970 (da Reforma Sanitária), como a concepção de seguridade social, a política de recursos humanos e/ou

gestão do trabalho e educação na saúde do trabalhador. A questão preocupante é o fato de o Ministério da Saúde não aceitar a decisão da XIII CNS com relação ao projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, continuado a defendê-lo e a mantê-lo no Programa Mais Saúde, conhecido como PAC Saúde, apresentado à nação e ao Conselho Nacional de saúde no dia 5 de dezembro 2007.

A análise que se faz após os dois mandatos do governo Lula é que a disputa entre os dois projetos na saúde – existentes nos anos 1990 – continuou. Algumas propostas procurariam enfatizar a reforma sanitária, mas não houve vontade política e financiamentos para viabilizá-las.

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no governo Dilma é considerada como a grande prioridade de suas ações por meio da força do governo federal para acompanhar a qualidade do serviço prestado e o respeito ao usuário.

Para o Ministério da Saúde é indicado o ex-ministro da Secretaria de Relações Institucionais da Previdência da República do governo Lula e ex-diretor nacional de saúde indígena da Funasa, entre 2004 e 2005, o médico Alexandre Padilha, vinculado ao Partido dos Trabalhadores (PT). (MENEZES, 2013, p. 35).

O ministro da saúde, em seu discurso de posse, sinaliza que uma das suas prioridades de gestão da saúde e objetivo principal do ministério será garantir o acesso e o atendimento de qualidade à população, em tempo real, adequado para na necessidade de saúde das pessoas.

Desde 2006, o presidente do Conselho Nacional de Saúde tem sido eleito, sendo este cargo ocupado por um representante do segmento dos trabalhadores de saúde. O que foi muito importante para garantir a autonomia do Conselho do Ministério da Saúde. Antes do processo eleitoral para a presidência do CNS, o presidente nato era o Ministro da Saúde. Considera-se que a eleição do ministro é um retrocesso, pois concorda-se com várias avaliações que a presidência do Conselho de Saúde deveria ser ocupada por um representante do segmento dos usuários ou dos trabalhadores de saúde pois foi um avanço a eleição do presidente, em 2006.

No dia 13 de dezembro 2012, foi eleita para a presidência do CNS, pela primeira vez desde sua criação, uma mulher representante dos usuários.

Ao Ministério da Saúde, a presidente da República fez algumas solicitações formais. Uma com relação à atenção à saúde da mulher e da criança, o que inclui a

construção da Rede Cegonha – que envolve os cuidados desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança – esse programa foi implementado em março de 2011.

Em fevereiro de 2011, foi inaugurado o Programa Aqui tem Farmácia Popular, que visa oferecer medicamentos para hipertensão e diabetes. Outra demanda também foi a implantação das UPAS (Unidades de Pronto Atendimento 24 horas), as UPAS fortalecem o modelo hospitalocêntrico.

Outros programas apresentados foram: Melhor em Casa: a segurança dos hospitais no conforto do lar e SOS Emergência, que consistem em implementar ações estratégicas para a qualificação da gestão e do atendimento em grandes hospitais e a ampliação de atendimento domiciliar no SUS.

A análise inicial com relação aos encaminhamentos da saúde no governo Dilma sinaliza a ênfase nas políticas e programas focalizados, a parceria com o setor privado e a cooptação dos movimentos sociais.

Depois de analisar a trajetória da política de saúde no Brasil, o próximo item irá fazer uma breve abordagem acerca da política de saúde mental no Brasil.

1.2 Política de Saúde Mental no Brasil

No século de XVIII, Phillippe Pinel, conhecido como pai da psiquiatria propôs uma nova forma de tratamento para os loucos, aonde eram transferidos os doentes para os manicômios em que foram destinados somente para Doentes Mentais.

A partir do século XIX, no Brasil começou o processo de internação das Pessoas com Transtorno Mental onde na época eram chamados de “Loucos”.

A criação dos hospícios se coadua com a forma em que a questão social era abordada no período como caso de polícia como um assunto ilegal, subversivo e, portanto, tratado como crime ou desordem, e por isso, reprimido. Então essa era a única maneira de mantê-los excluídos do cenário social.

Embora igualmente excluídos da sociedade e privados da liberdade de ir e vir, os loucos, com a criação de hospícios, recebiam tratamento distinto, sendo reclusos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, mantidas sob vigilâncias de guardas e carcereiros e submetidos a camisas de força e maus tratos. A função principal do hospício nessa fase foi a de remover, excluir e sanear a cidade de um segmento que potencialmente eram considerados desordeiro/perigosos. (RESENDE, 1999,

apud Rosa, 2008). Nesses termos a visão que se tinha na sociedade era de uma pessoa diferente, que não respondia as regras da sociedade.

No entanto, as circunstâncias históricas do Brasil eram destinadas a realidade europeia do século XVIII, quando o antigo asilo passa por uma transformação e é ressignificado pela nascente psiquiatria, no interior do projeto revolucionário burguês.

A institucionalização do hospício antecede à própria emergência da psiquiatria. Foi administrado a princípio pelas irmandades religiosas ,e principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdias ,primeiras instituições de saúde do país. As ordens religiosas mantinham a hegemonia dos serviços de saúde no Brasil Colônia desde 1543,quando foi criada em Santos (SP) a primeira Santa Casa do País, com a finalidade de atender aos militares. (ROSA, 2008, p. 86).

Em 1852 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, foi considerado um marco institucional da assistência psiquiátrica dos países, surgindo como resposta à loucura e ao louco. (ROSA, 2008). Os hospícios eram um dos procedimentos mais adequados e comuns para o tratamento dos mesmos.

Em 1890 foi criada a “Assembleia Médica e Legal dos Alienados” para organizar a assistência psiquiátrica no país, que era vinculada ao ministério da Justiça e Negócios Internos da República.

No governo de Rodrigues Alves, em 1908 iniciou o combate à febre amarela no Rio de Janeiro que organizou toda a política e companhias na saúde, para sanear a capital do país, com formato repressivo-policia. Já na gestão de Oswaldo Cruz como diretor geral da saúde pública, assim como da psiquiatria representado por Juliano Moreira, se associam em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos de desordem, tendo a psiquiatria um papel coadjuvante ao agir de forma asilar sobre os “resíduos” humanos e do processo de saneamento psiquiátrica. (Resende, 1990 apud Rosa, 2008).

As colônias agrícolas no Brasil introduziram o trabalho como meio e fim do tratamento, e saiu ideário extra- asilar estendeu-se para a higiene e profilaxia mental, que propagava o postulado de que a sociedade seria novo agente de cura e prevenção da doença mental, vinculado por meio da ação da Liga Brasileira de Higiene Mental-LBHM, criada em 1923. (ROSA, 2008, p. 90:91).

O início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”. Nos anos de 1970, sendo mudanças ocorridas no

modelo de atenção e gestão nas práticas de saúde na defesa da saúde coletiva, na equidade na oferta dos serviços, e no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão bem como a produção dos cuidados.

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (MELLO, 2007) Com o advento da reforma psiquiátrica houveram diversas mudanças na promoção de melhores condições para a saúde.

No ano de 1978 houve os movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM) (MELLO, 2007). Partir desse período ocorreu denúncias de violências nos manicômios e críticas ao modelo hospitalocêntrico e esses dois temas foram mais abordados neste movimento.

Com o desdobramento da VIII CNS, ocorre em 1987, no Rio de Janeiro, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, na perspectiva de integração das ações de saúde mental às ações de saúde em geral, no cerne de Reforma Sanitária brasileira. A deliberação dessa Conferência prevê a reorganização dos serviços assistenciais e, em termos gerenciais, reafirma o princípio da participação em todos os níveis do processo decisório (planejamento, execução e fiscalização). (Rosa, 2008, p. 109).

Vale ressaltar que esse período foi de especial importância, com o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Na cidade de São Paulo, em 1987, foi início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, SP em um hospital psiquiátrico, que foi à casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde e a saúde mental, vem acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos na década de 1990, foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela

realização da II Conferencia Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais. Em que foi regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Porém, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substantivo do Projeto de Lei Original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216/2001 as redireciona a assistência em saúde, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo da proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Embora não disponha de mecanismos claros a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, em referência da Lei 10.216\2001 impõe novo impulso e um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Em linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. (MELLO, 2007, p. 42).

Os Centros de Atenção Psicossociais começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 1980 e passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério de Saúde a partir do ano 2002, momento no qual estes serviços experimentam grande expansão. Existem hoje no Brasil 689 CAPS em funcionamento, distribuídos em todos os estados brasileiros.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas que eram longamente internadas é impulsionado com a criação do Programa “De Volta para Casa” (MELLO, 2007). Esse programa tem estratégias de emancipar pessoas doentes mentais com o intuito de diminuir os leitos psiquiátricos. Foi criado através da Lei Federa 10.708/2001, é um programa de concretização da história do movimento da reforma psiquiátrica, foi formulada como propostas na época da II Conferencia Nacional de Saúde, em 1992.

É importante ressaltar que em 2004 aconteceu, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial em São Paulo, reunindo 2 mil trabalhadores e usuários de CAPS.

Assim, todos os hospitais com mais de 200 leitos devem ser reduzidos no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano. Desta forma, busca-se a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitalares, ao longo do tempo, em classes de menor porte (idealmente, até 160 leitos). (MELLO, 2007, p. 51).

Este processo com ritmos pactuado entre gestores do município, estado hospitais e controle social, deve incluir o aumento progressivo dos equipamentos e das ações para a desinstitucionalização, como CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e a habilitação do município no Programa de Volta para Casa.

Dessa forma, busca se garantir o incremento de ações Psicossociais e o aumento de ações territoriais de saúde mental, com os Centros de Atenção Psicossocial, são Serviços de Residências Terapêuticas, ambulatoriais, atenção básica e outros.

Os CAPS entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, tem valor estratégias para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. (MELLO, 2007). Os CAPS tem estratégias da rede de política de saúde mental em um determinado território.

Os CAPS devem ser substitutivos. E não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais dos usuários em seu território. (MELLLO, 2007 p. 59).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, pela capacidade de atendimento pela clientela atendidas e organiza-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferencia-se como CAPS I, CAPS II, CAPSi e CAPsAD.

Os CAPS I são Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20mil e 59 mil habitante cerca de 90% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Estes serviços tem a equipe mínima de nove profissionais, entre profissionais, de nível médio e nível superior, e tem como público alvo adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos de corrente do uso de álcool e outras drogas.

Os CAPS II são serviços de médio porte e dão cobertura a municípios com mais de 50 mil habitantes cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais nervosos e persistentes. Os CAPSII tem equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais, de nível médio e nível superior, e capacidade para acompanhamento cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CPAS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200 mil habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras- os municípios com mais de 500 mil habitantes representam apenas 0,63 % dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país. (MELLO, 2007, p. 61).

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funciona durante 24 horas durante os dias da semana e em feriados, com máximos cinco leitos, o CAPS III realiza ,quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). A equipe mínima para esses serviços deve contar com 16 profissionais, entre profissionais do nível médio e superior, além da equipe noturna e de final de semana.

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais são equipamentos geralmente necessários para dar respostas a demanda em saúde mental em municípios com mais de 200 mil habitantes ,funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 10 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços são de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPS AD, especializados nos atendimentos de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200 habitantes ou cidades que por sua localização geografia (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenário epidemiológicos importantes necessários que necessitem deste serviço para dar respostas efetiva às demandas de saúde mental. Funciona durante cinco dias da semana, nível médio e superior.

Os CAPS no processo de construção de uma lógica comunitárias de atenção á saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais. Existem hoje no país 251 CAPS I implantados, 266 CAPSII, 25 CAPS III, 56 CAPSi e CAPSad. (MELLO, 2007, p. 62).

Em 2001, acontece a III Conferencia Nacional de Saúde Mental, enquanto Dispositivo fundamental de participação e de controle social. Essa conferencia foi convocada logo após a promulgação da Lei 10.216/2001, e a etapa nacional e realizada no mesmo ano, em Dezembro de 2001.

Depois da Reforma ocorreram muitas mudanças e avanços na parte da saúde mental. A produção do Brasil em saúde mental representa 0,4 % da produção mundial, demonstrando crescimento, especialmente nos últimos anos, (BRESSAN 2005 apud Mello, 2007). Tais avanços cresceram de uma forma significativa, na medida em que foram implementados programas de assistência a doentes.

Depois fazer uma análise do percurso da politica de saúde mental no Brasil, no item a seguir abordará a família e sua convivência com o transtorno mental no seio familiar.

CAPITULO II - FAMÍLIA E DOENTE MENTAL

2.1 Família e Portador de Transtornos Mentais

A família desempenha um papel decisivo na educação formal e informal em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. (FERRAI E KALOUSTION, 2008).

A família é agregada a valores culturais e convivem com laços de compromisso e responsabilidades e tem sua dinâmica de vida própria. O conceito de família pode ser considerado até certo ponto subjetivo, pois depende de quando a defende, no contexto social, político e familiar (SIMONATO E OLIVEIRA, 2002). O conceito de família não é algo que está estacionário e sofre diversas transformações ao longo do desenvolvimento da sociedade.

O desenvolvimento da mesma em seu processo histórico se divide em três fases, o primeiro é o estado selvagem que as famílias utilizavam os produtos da natureza. O segundo é a barbárie com a domesticação dos animais. O terceiro é o último estágio é a civilização e o trabalho nas indústrias.

A família moderna é a nuclear, construída por pai e mãe e seus filhos. A redução a esse estágio foi resultado do processo de industrialização e urbanização da sociedade capitalista. (SIERRA, 2012).

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente dos arranjos familiar ou da forma como vem se construindo. É a família que propicia os aportes efetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem estar dos seus componentes. (FERRAI E KALOUSTION, 2008 p 12).

Ainda que a família moderna tenha passado por um processo de “desencantamento”, deixando de ser identificado como algo sagrado, ela nem por isso perdeu sua consistência. Os sentimentos, a intimidade, a reciprocidade entre seus membros se estabelece com base em determinadas expectativas de comportamento tidas como adequadas à posição relacionada aos seus status.

Os vínculos familiares têm o papel sumamente importante, pois os mesmos, é um aspecto fundamental na condição humana, e particularmente é essencial no seu desenvolvimento (VICENTE, 2008). Esses vínculos são adquiridos por laços de efetividade em que estabelecem melhores condições para a convivência dos membros que compõem uma família .

De certo modo, o significado das atitudes dos pais é interpretado conforme a cultura em que ela está inserida. A importância da referência ao universal consiste no fato de compreender qual o limite da família. (SIERRA, 2012. p. 32).

Vale ressaltar que o grupo familiar desempenha um papel primordial na vida dos seus membros, fazendo-se presente como principal responsável pelos seus cuidados. É importante reportar que quando no nosso seio existe um doente mental a presença da família torna-se indispensável.

A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento dos seus filhos, orientando sua interpretação de conduta para má educação ou para a doença.

O transtorno mental provoca deslocamento nas expectativas e nas relações afetivas entre pessoas, ao ser um fenômeno não integra no código do grupo (ROSA, 2008). Nenhum tipo de doença é esperado pela família principalmente quando se trata de uma doença mental no seu seio familiar, com isso ocorre uma série de mudanças em sua rotina, e faz com que o grupo demore a se adaptar com esse tipo de doença.

Nesses termos da família com a pessoa com Transtorno Mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais encarregadas da cura, da custódia e da assistência. Há, portanto a ruptura do louco em seu meio sociocultural e familiar, bem como a organização asilar, excluindo a família de sua abordagem. A esta restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado.

Como as próprias denominações sugerem a esquizofrenia, diagnóstico paradigmática a psiquiatria, emerge como um produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, sobretudo a mãe. (ROSA, 2008. p. 61).

Além de ser colocada como um agente patológico, a família começa a ser culpabilizada pela esquizofrenia, sobressaindo à figura da mãe como principal promotora da enfermidade. (LASCH, 1991, p. 198 APUD ROSA, 2008). A família é vulnerabilizada e destruída de seus saberes sobre relacionamentos internos, sobretudo em relação à educação dos filhos.

Nesse modelo, a família é culpabilizada pelo transtorno mental de forma mais amena e periférica, pois é engajada diretamente como paciente, ou seja, passa a ser sujeito direto da intervenção terapêutica, que se propõe a reestruturá-la das suas

relações dos seus papéis. O terapeuta assume o papel de agente de mudança no grupo familiar. E as famílias mais propensas à patologia seriam aquelas mais rígidas na sua estrutura e inflexíveis á mudança.

A relação da família com o doente mental teoricamente passou por vários estágios. Sofreu inflexões decorrentes do desenvolvimento e evolução dos saberes “psi”, mas também esteve sujeito as variações conjuntural em cada realidade sociocultural e histórica. (ROSA, 2008).

Ainda é preciso considerar que a convivência da família com a pessoa com doença mental nem sempre é harmoniosa, é permeada por tensões e conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. (BORDA, 2011).Vale ressaltar que a difícil forma de conviver com um doente mental, porque há uma dificuldade, uma vez que o mesmo requer muito cuidado e principalmente afeto e dedicação.

O cuidado é um elemento principal que a família tem com a pessoa com transtorno mental, em ambas as partes sempre cuidados são voltados para a mulher (mãe/esposa/dona de casa), onde é por intermédio dela, que ocorrem muitas transformações e intermediações no grupo familiar. Tais cuidados ocorrem de forma muito difícil, tendo em vista o papel dos seus familiares em atender essas dificuldades que exigem uma serie de atenções voltadas a ele tais como sua própria higienização, alimentação, medicação ou simplesmente para tudo.

A mãe tanto é pressionada socialmente para assumir o provimento de cuidado, muito bem expresso no dito popular quem pariu Mateus que balance quanto tem internalizado como um encargo que lhe é devido porque saí do meu ventre eu não vou abandonar. (ROSA, 2008. p. 277).

A necessidade de promover o cuidado com a pessoa com transtorno mental esteve historicamente associada de um lado, a função que o hospital psiquiátrico tem cumprido nas respostas do Estado a questão social, e de outras funções “naturalizadas” na esfera da reprodução social que a família tem exercido. Nesses termos, a família se impõe como principal responsável pelo cuidado do doente muitas vezes dividindo esses cuidados com as instituições que prestam serviços com o intuito de entendimento da doença é até uma esperança de cura.

Depois de fazer uma breve abordagem acerca da relação da família com o doente mental. Assim o próximo item irá fazer uma análise da família como principal cuidadora do doente mental, e de que modo ocorrem suas responsabilidades como o mesmo, tendo em vista as dificuldades enfrentadas pela família com pessoas com transtornos mentais.

2.2 Importância da Família

A convivência da família com a pessoa com doença mental ocorre de uma forma muito difícil para o familiar cuidador, sobretudo em questão de ter um ente familiar considerado “louco”. Muitas vezes a família é a principal responsável pelo cuidado do doente mental, onde esta deve aprender a conviver com as dificuldades postas, aprendendo a lidar com o seu humor, e se adaptar até mesmo quando o doente se encontra em momentos de crises.

A convivência familiar é afetada pela doença mental, pois as manifestações dessa ocorrem no plano da comunicação verbal ou não verbal, é necessário que os componentes da família aprendam também a interagir e reagir da melhor maneira possível entre si ao cuidar de seu familiar doente, pois este pode ter os seus padrões de comunicações alterados. (STEFANELLI, 2003 apud Cruz p. 25).

A difícil forma de convivência da família com o doente. Advém com diversos tipos de problemas, porque ela se torna totalmente dependente da família principalmente da mulher para tudo. Isso faz com que a família se prive de todos os seus afazeres e se dedique somente a pessoa com de transtorno mental, até porque existem diferentes tipos de doenças mentais em que muitas delas exigem cuidados dobrados dos familiares. Isso faz com que o modo de convivência se torne muito difícil.

Manter uma convivência harmoniosa é uma luta diária, um exercício de aceitação das diferenças e de tolerância, mas que hoje a convivência está bem melhor do que há algum tempo atrás, com transtorno. (BORDA, 2010). Para manter essa vivência de harmonia com a família e o doente mental a ela tem que estar adaptada às consequências geradas pela doença.

Conviver com esse tipo de doente pode gerar, no contexto familiar, sentimentos variados, entre os quais o medo diante das atitudes do indivíduo, especialmente nos momentos em que ele se torna agressivo, pois, nesses casos,

seus atos são imprevisíveis. (VICENTE, 2013). Assim o medo é um impacto causado na família que convive com uma pessoa doente mental porque ela não se encontra preparada para lhe dar qualquer tipo de comportamento inadequado do doente mental. Então o medo é um grande obstáculo, isso dificulta um pouco do relacionamento e na convivência.

O mundo da vida familiar é radicalmente modificado com a doença do filho. A relação com o outro sofre alterações, surgem novos papéis, a articulação e a circulação no mundo da família passam a ter novas regras, gerando, por vezes, muito sofrimento aos seus membros. As relações com o mundo externo também ficam abaladas, exigindo uma readaptação da família frente às limitações impostas pela doença. (NAVARINI, 2005, p. 685).

A forma de aceitação da família com a doença mental é uma questão que impõe muitas dificuldades, a primeira delas é ter um filho ou um parente doente, onde muitas vezes a família não se encontra preparada para aceitar uma doença desse porte. E de repente vai lhe dar com uma pessoa doente mental em que antes era uma pessoa totalmente normal e lucida. Em decorrência disso há uma certa dificuldade, em que a família precisa trabalhar essa perspectiva da aceitação de ter uma pessoa especial na família, e até mesmo porque exige uma série de condições tanto para o grupo cuidador como para o doente.

Para esses familiares, receber e conviver com o diagnóstico de transtorno mental de um membro da família pode desencadear diversos sentimentos, principalmente os negativos: o medo, a tristeza, e vergonha. (VICENTE, 2013). Para que a família possa se adaptar a conviver com um doente mental no seu seio familiar ela vai passar por várias frustrações que são postas do decorrer da trajetória da doença.

O principal responsável pela pessoa e doente mental é a família. Cabe a mesma toda a responsabilidade dos cuidados do seu ente familiar doente, e suas responsabilidades são inúmeras desde cuidar de sua própria aparência até sua alimentação, bem como a orientação e acompanhamento em tudo. O que os torna dependentes da família, tendo neste seu principal apoio.

O papel da família em relação a pessoas com doença mental é estar presente, ter atitudes de zelo, proteção, afeto e compreensão. Também é o de instrumentalizar-se, buscar conhecer a si mesmo, e suas possíveis limitações que ele impõe ao familiar que adoeceu. Paes (2011) a família é insubstituível no cuidado

da pessoa doente e principalmente quando se trata de doença mental uma doença que se enquadra muitas vezes de maneira não desejada.

As dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a realidade do transtorno mental são permeadas pelo descompasso temporal (paciente, família-sociedade), sentimentos de culpa (a família não entende onde errou), como não percebeu antes os sintomas), de perda pela dificuldade de comunicação e interação dos conflitos familiares. (PAES, 2010, p, 447).

Vale ressaltar que a presença da família no tratamento de pessoas com doenças mentais é imprescindível, tem um papel importantíssimo, uma vez que a mesma constitui-se no principal pilar na vida do doente mental, as suas responsabilidades são inúmeras, ela acompanha toda sua trajetória, desde o surgimento da doença, e no decorrer de todo o tratamento. O tratamento de pessoas doentes mentais se torna mais eficaz quando a família se faz presente.

A presença da família dentro do tratamento da pessoa doente mental facilita muito tanto no convívio familiar como na forma do tratamento com a doença, ela passa a ser vista como algo indispensável. Ela é a principal cuidadora e sua presença se faz muito importante no processo de ressocialização da pessoa tanto na sociedade como no seio familiar também a participação da família é primordial nesse processo de tratamento.

Cuidar das pessoas com doença mental representa para a família um desafio, envolvendo sentimentos intrínsecos a vivência de um acontecimento imprevisto e seus próprios preconceitos em relação à doença. (PAES, 2001). Os desafios que a família enfrenta no cuidado com o doente são inúmeros sendo que o principal deles é o preconceito muitas vezes passa a ser visto e tratados com desprezo e indiferenças até mesmo por parte do grupo. Então isso faz com que se torne um papel muito difícil para a família em que ela sente uma maior dificuldade em reinserir o indivíduo na sociedade por conta dos preconceitos.

O espaço familiar passa a ser atingido por desavenças, tensões e brigas conseqüentemente, passa a ser necessária uma nova forma de organização familiar para lidar com esses fatores. Uma nova forma de possibilitar ajuda a essas famílias é através do estabelecimento de condições básicas para seu tratamento. (PIMENTA, 2008, p. 79).

Entre outros desafios a serem enfrentados pelo o grupo familiar é a questão do tratamento, porque nem todas às vezes o portador de transtorno mental aceita o tratamento. Portanto nem todos os portadores de transtornos mentais aceita o tratamento de forma correta muitos deles começam e acaba abandonado. Outro fator de dificuldade é a forma dos serviços de saúde que são oferecidos as pessoas com de transtorno mental, porque muitos desses serviços não suprem as necessidades do tratamento dos mesmos, não tem um bom acesso aos serviços oferecidos. Então esses fatores são um dos um dos principais desafios mais enfrentados pela família cuidadora de um doente mental.

Os resultados da participação da família no tratamento de pessoas doentes mentais ocorrem de forma positivas e negativas, sendo que o lado positivo vem principalmente quando à pessoa doente tem assiduamente o acompanhamento da família no seu tratamento dentro de qualquer instituição pela qual se faz o mesmo. Porque quando a família encontra-se presente no tratamento tudo se torna mais fácil recuperação tanto para a família como para o doente.

O lado negativo é que a família sofre quando o doente mental encontra-se em estado de crise e inquietações e isso faz com que a família se encontre com em uma situação de preocupação. Más diante desses fatores a família ainda tem um sentimento de esperança de ver a pessoa enferma curada, sabendo que as possibilidades são mínimas.

Portando é preciso destacar que a presença da família no tratamento do doente mental tem um resultado significativo nos mesmos, em que ela incide na necessidade de romper com as formas de isolamento do doente mental.

O capítulo seguinte irá abordar os processos metodológicos da, onde de fundamental importância para a realização deste trabalho, onde serão postos resultados em gráficos para o melhor entendimento do mesmo.

CAPITULO III – PERCURSO METODOLÓGIICO E ANÁLISE DE COLETAS DOS DADOS

3.1 Local da Pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial- CAPS são estratégias de atenção a saúde mental, que prestam atendimento clínico de atenção diária, com o papel de substituir os hospitais psiquiátricos e tem como público alvo usuários com transtornos mentais.

O CAPS I de Brejo Santo –CE, Eleomar Barros, inaugurado no dia 29 de dezembro de 2006, localiza-se na Rua: Manoel Inácio Bezerra ,Centro, funciona de segunda á sexta –feira das 8:00 ás 16:00. O mesmo presta atendimento a pessoas que sofrem com doenças psíquicas, atendendo crianças, adolescentes e adultos.

A instituição oferece a todos os seus usuários serviços com o intuito de garantir os seus direitos visando à reinserção social na sociedade, sendo sua finalidade oferecer serviços de reabilitação integrada à família, centrada na responsabilidade de cada usuário.

A equipe multidisciplinar é composta por: médico psiquiátrico, médico clínico geral, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, terapeuta - ocupacional e assistente social.

Referente a, esta se divide uma estrutura física de, 02 consultórios, 01 sala de espera, 01 sala de triagem, 01 sala de reuniões, 01 sala aonde é realizado os grupos, 01 sala para triagem, 01 sala de aula, 03 banheiros e 01 cozinha.

A entrada dos usuário dar-se mediante a encaminhamentos solicitado pelo ESF ou de hospitais. Quando o mesmo adentra na instituição de imediato é realizado uma triagem com o assistente social ,para resgatar o histórico do usuário para encaminhá-lo para a consulta médica .

3.2 Procedimentos Metodológicos

A metodologia desenvolvida nesta pesquisa visa contribuir com os estudos referentes aos usuários e suas famílias que frequentam o CAPS, esta pesquisa tem o objetivo de melhorar a qualificação do tratamento psicótico desses usuários analisando se realmente acontece acompanhamento familiar para com os mesmos. Através de uma entrevista com a família dos usuários para averiguar se de fato ocorre o acompanhamento.

Onde se utilizou-se a metodologia científica; segundo Souza, Minayio (2004, 16) “E caminho do pensamento na abordagem da realidade ocupando um lugar central no interior das teorias e está sempre referido a elas”. É o formato específico

para um tipo de investigação escolhido, sendo um conjunto de técnicas e métodos usados para chegar ao resultado final de uma pesquisa.

A pesquisa realizada se configura como bibliográfica e de campo. Conforme Gil (2007), “E desenvolvida a partir de seu material já elaborado construído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos exigido algum tipo de trabalho desta natureza”. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo que aquela que poderia pesquisar diretamente. (GIL, 2007). Os resultados obtidos na pesquisa bibliográfica auxiliam na construção de todos os tipos de trabalhos acadêmicos.

A pesquisa em questão e de caráter qualitativa consiste em um conjunto de práticas e materiais e interventivas que dão visibilidade ao mundo. A qualitativa ela envolve um estudo do uso e da coleta de materiais empíricos como entrevistas, estudos de casos, artefatos, históricos entre outros. (DENZIM, 2008). A pesquisa qualitativa ela não mostra resultados em números, é um método aplicado em diversas áreas de conhecimentos.

A entrevista foi realizada com os familiares dos usuários do CAPS com um questionário aplicado contendo 10 perguntas, e tendo como entrevistador um membro de cada família das pessoas com transtornos mentais, juntos com a entrevista foi entregue o Termo de Consentimento. A pesquisa foi aplicada no período de 06 de novembro de 2014 no Centro de Atenção Psicossocial CAPS.

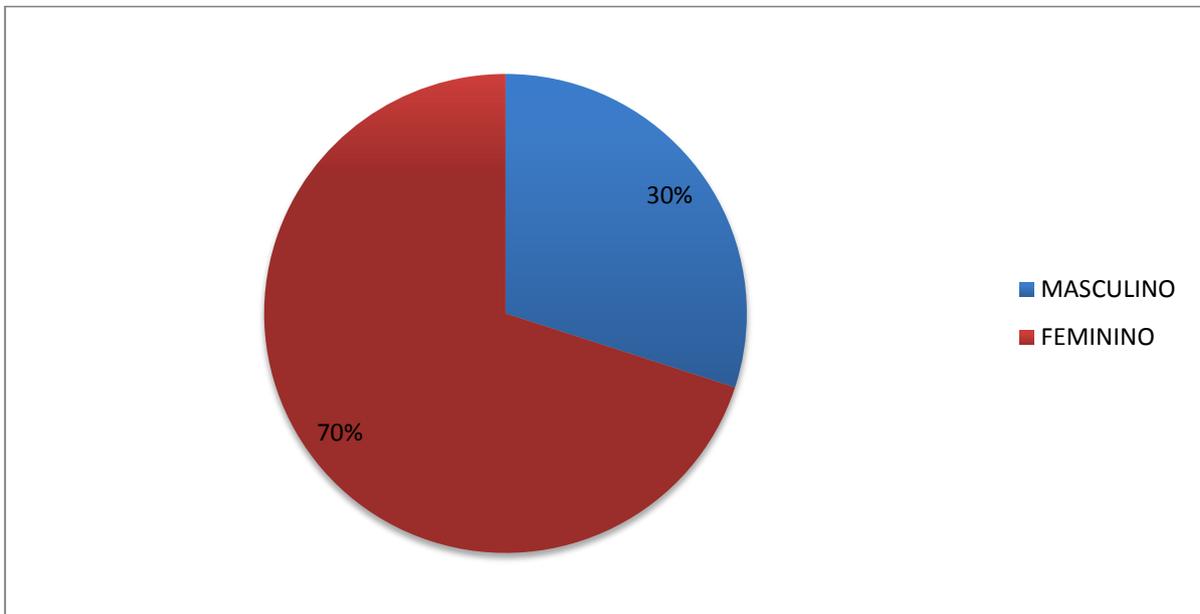
Os resultados da entrevista foram anexados nos gráficos para seja melhor visualizados, e que dê um resultado percentual de forma correta, que mostre os resultados de uma forma organizada, para fornecer melhores informações nas respostas dos entrevistados. A partir de dessa pesquisa podemos observar como se dá o acompanhamento da família no tratamento de pessoas com transtorno mental.

A população amostra foi constituída por 10 famílias dos usuários assistidos pelo CAPS, correspondente a 10%, diante do universo de 100 pessoas atendidas mensalmente na instituição. Foi utilizada um questionário para cada família.

3.3 Resultado e Análise dos Dados

A partir da análise dos dados podemos perceber como ocorre a presença da família no tratamento de pessoas com transtornos mentais, e a interação das mesmas no tratamento e na recuperação do familiar doente mental.

Gráfico 01: sexo do cuidador



Fonte: Primária, 2014

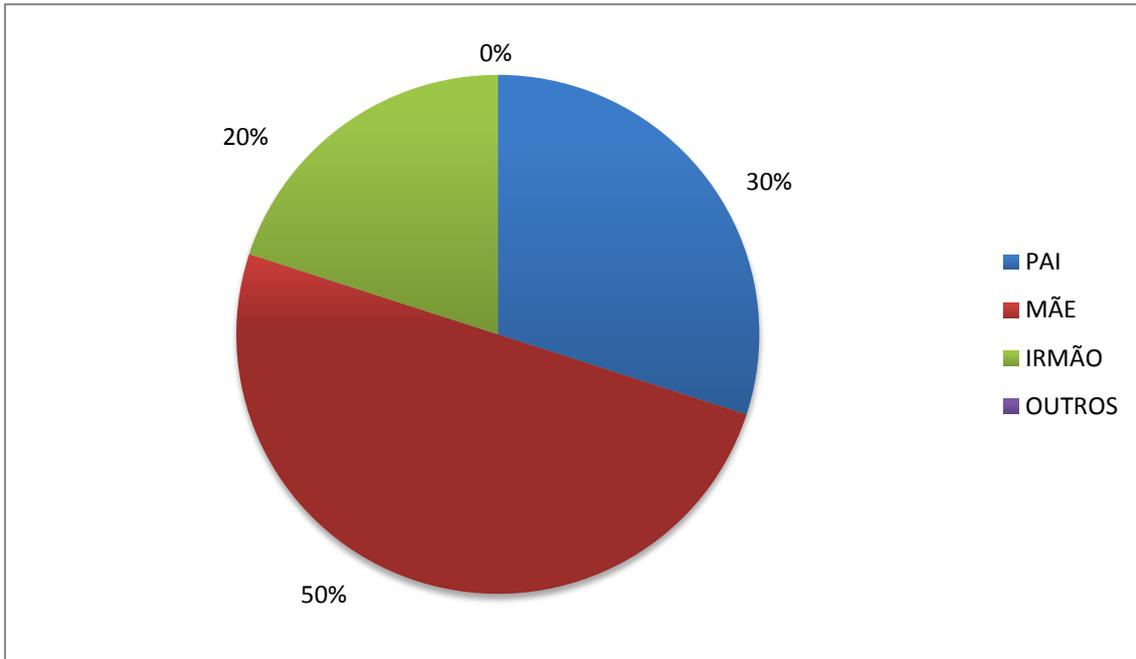
As entrevistas foram aplicadas com as famílias obtendo um resultado de 30% sendo do sexo masculino e 70% sendo feminino, observa-se que a maioria das pessoas entrevistadas responsável pelo doente mental é a mulher.

[...] A mulher é, então, pressionada socialmente a tomar socialmente a tomar para si o encargo que com frequência assume como desejo, embora tenha relativa autonomia para renunciar e ele, o que raramente ocorre, posto que a expectativa da maternidade seja ainda produzir como sendo o cerne da identidade feminina. (ROSA, 2008, p. 285).

Foi possível observar no gráfico que a minoria do cuidador do doente mental é o homem, isso acontece quando os pais são separados ou em caso de viuvez, onde o pai passa a ser responsável pelos seus cuidados.

Percebe-se que o maior percentual do cuidador do doente, é a mulher como a principal responsável de cuidados e acolhimento, ela é sempre a responsável por responder essa demanda de maneira positiva.

GRÁFICO 2- POSIÇÃO DO RESPONSÁVEL

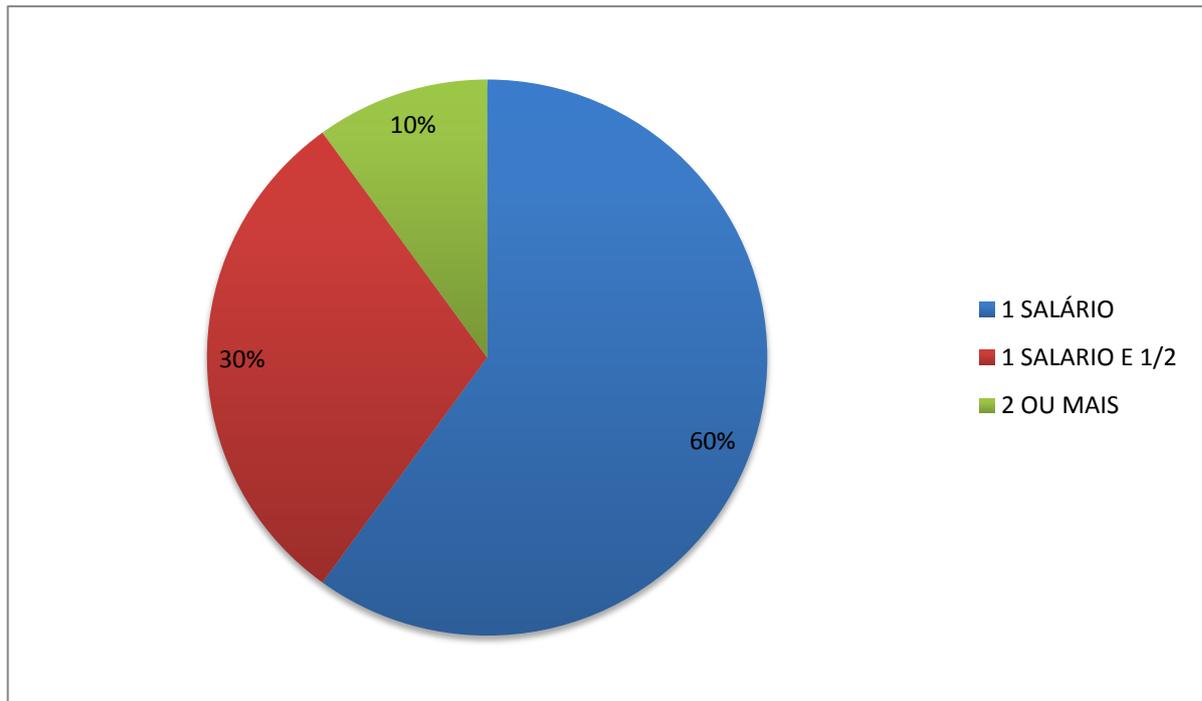


Fonte: Primária, 2014

O gráfico mostra que a posição do cuidador do doente mental é que 30% sendo cuidados pelo pai, 20% pelos irmãos. As maiorias das famílias entrevistadas responderam que 50% do principal cuidador é a mulher/cuidadora/mãe.

A mãe encontra-se impossibilitada de assumir o cuidado quando está ou é doente ou encontra-se sobre carregada com outros encargos. Além da característica feminina destaca-se outras qualidades no cuidador substituto. Há habilidades relacionadas com o portador de transtornos mentais foi uma delas, isto é, a pessoas com qual ele mais se identifica ou exerce uma autoridade sobre ele (respeita obedece). (ROSA, 2008 p. 279).

A mãe só se impossibilita e se reclama do cuidado com o doente mental quando ela realmente se encontra com muito atarefada ou doente que chegue ao ponto de não poder observar e cuidar o doente mental mas ao contrário disso, ela sempre é a responsável pelos cuidados dos seu ente familiar doente.

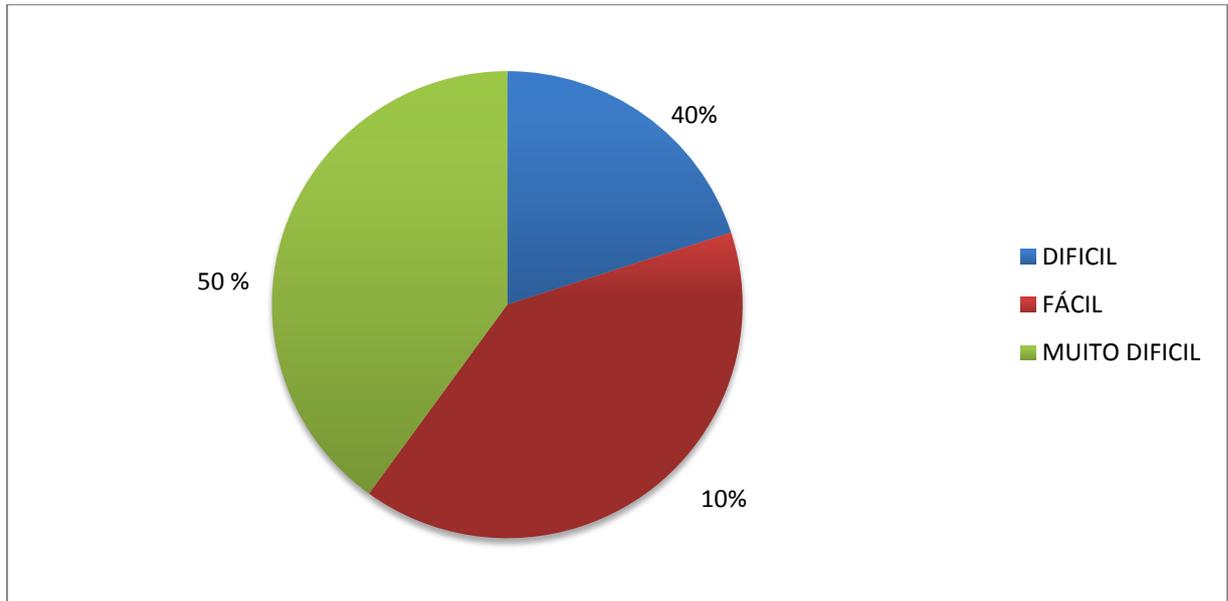
GRÁFICO 3- RENDA FAMILIAR

Fonte: Primária, 2014

Verifica-se que 50% das famílias recebem um salário mínimo, 30% recebem 1 salário e meio e 10% recebem 2 ou mais salários. A renda da família tem uma grande relevância na vida dos familiares dos doentes mentais. A renda do benefício vai estar disponível para a compra dos medicamentos e seu tratamento.

Os 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 com o PTM, enquanto na família desprovida de recursos financeiros há uma grande somatória de dificuldades, por se dedicarem integralmente ao TPM, muitos não conseguem conciliar com um emprego, a moradia nem sempre responde as suas necessidades, a alimentação é insuficiente. (BUSSULA, 2009, p. 14).

Foi observado dentro das entrevistas, que a maioria das famílias recebem um benefício onde relatam que dependem do mesmo para sobreviver, a maioria deles dispõe somente desse benefício para o sustento da família como aluguel, alimentação e medicamentos. A partir das respostas obtidas verificou-se que a maioria das mesmas sentem uma certa dificuldade em questão de recursos financeiros.

GRÁFICO 4- QUAL E A RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM O DOENTE MENTAL

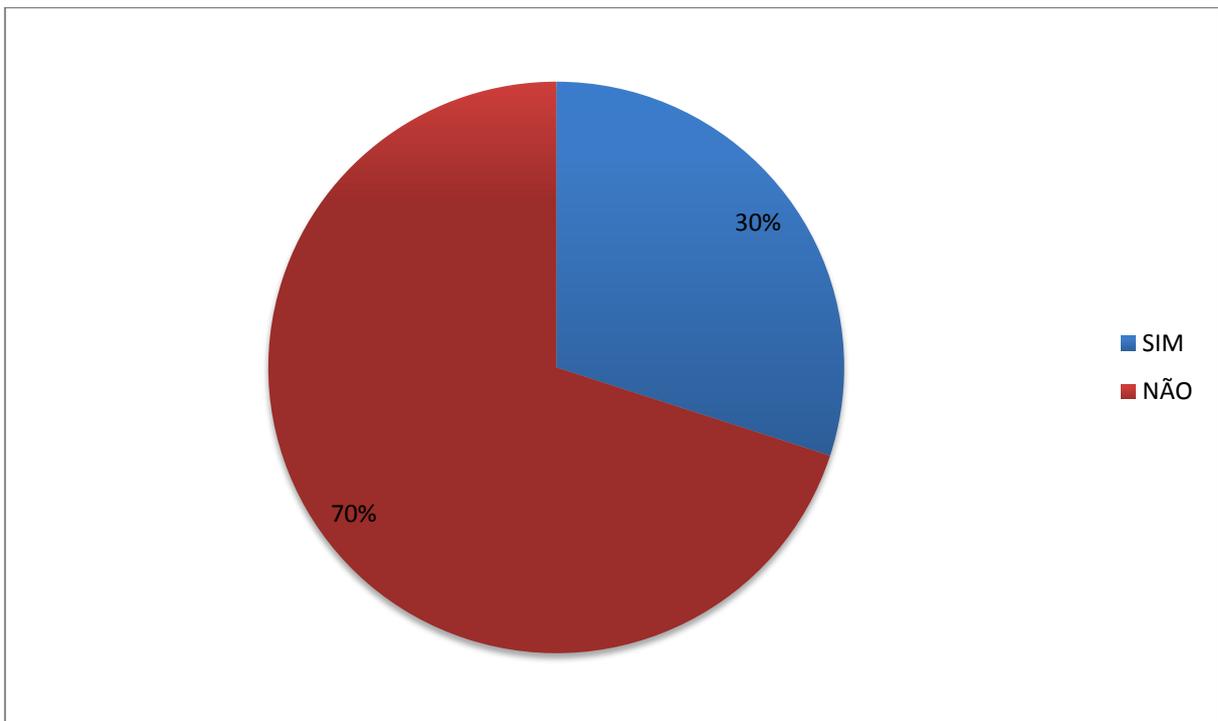
Fonte: Primária, 2014

O gráfico acima representa 40% dos entrevistados responderam que a relação familiar com o doente mental é difícil, 50% responderam que é muito difícil e 10% relataram que a relação com o doente ocorre de maneira fácil.

Geralmente as famílias chegam aos serviços psiquiátricos angustiados, estressados, com aguçado sentimento de culpa, sem compreender o transtorno mental e sem saber como lidar cotidiana e praticamente com as questões que se coloca, e com seus percursos materiais e psicossociais e ou esgotados. (ROSA, 2010, p. 280).

Observa-se que a maioria dos entrevistados responderam que a relação da família com doente mental se dá de forma muito difícil, na maioria das vezes a doença mental no seio da familiar faz com que a família passe por um desequilíbrio emocional em que ela vai se adaptar com os humores, quando ele esteja calmo ou até mesmo em suas crises. A minoria responderam que sua relação é fácil porque eles já se adaptaram com a convivência com um doente mental na família. O grupo familiar tende a ser visualizada como a peça principal para o progresso de melhorias no tratamento do doente.

GRÁFICO- 5 SEU ENTE FAMILIAR JÁ FOI ENTERNADO EM ALGUM HOSPITAL PSIQUIATRICO?



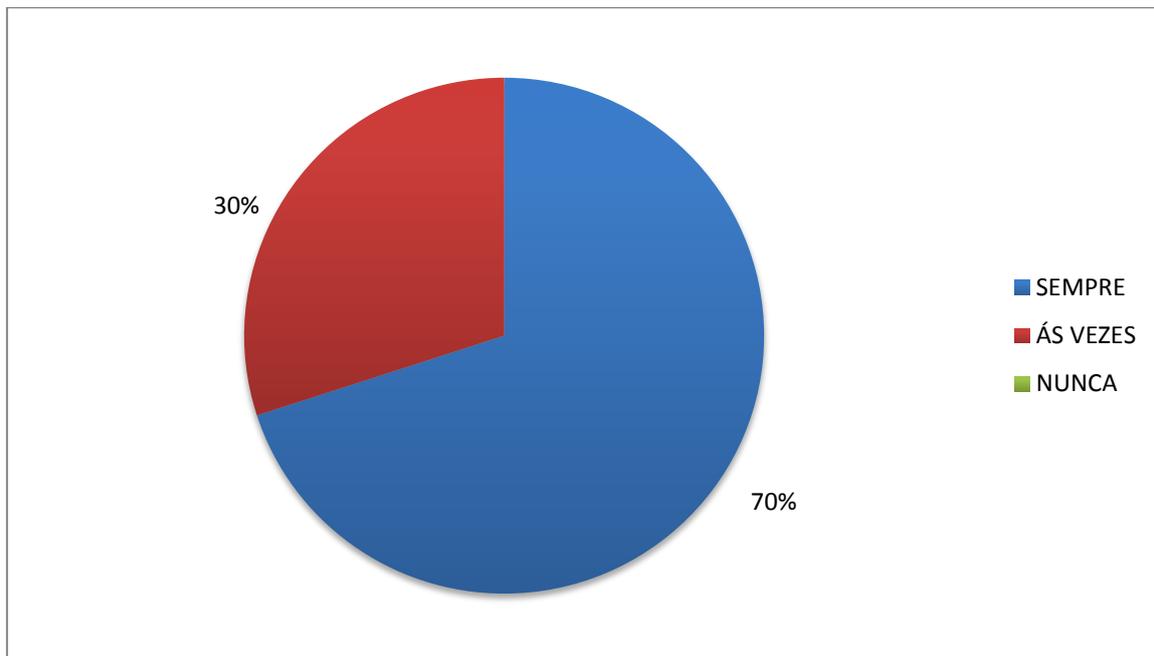
Fonte: Primária, 2014

A maioria respondeu que não ,que ainda não foi caso de internação em hospitais psiquiátricos, em que 30% responderam que sim que ente familiar que sofrem com transtorno mental já foi internado em nos mesmos aonde a família sofreu quando se tem um caso de internação na família.

A relação do numero de leitos psiquiátricos em hospitais e hospital-dia o Brasil contava, em 2003 ,com 37 unidades para cada 100 mil habitantes podemos dizer que é um numero baixo de leitos, principalmente se consideramos um cenário construído a partir de dados da literatura, os quais registam que 1% da população sofre quadros psicóticos graves e que destes 5% necessitam de leitos psiquiátricos ao longo da vida sendo estimulada a necessidade de no mínimo 50 leitos para cada 100 mil habitantes. (MELLO, 2008, p. 88).

A internação em hospitais psiquiátricos se dá quando o doente mental se encontra em um estado de crise grave, muitas vezes a família e obrigada a internar o doente, até mesmo por medidas de segurança por ter medo que ele possa machucar alguém ou até ele mesmo, em decorrência do seu comportamento quando se encontra em um momento de surto psicótico grave.

GRÁFICO-6 VOCÊ SEMPRE PARTICIPA DAS REUNIÕES, CONSULTAS, GRUPOS REALIZADOS NO CAPS?



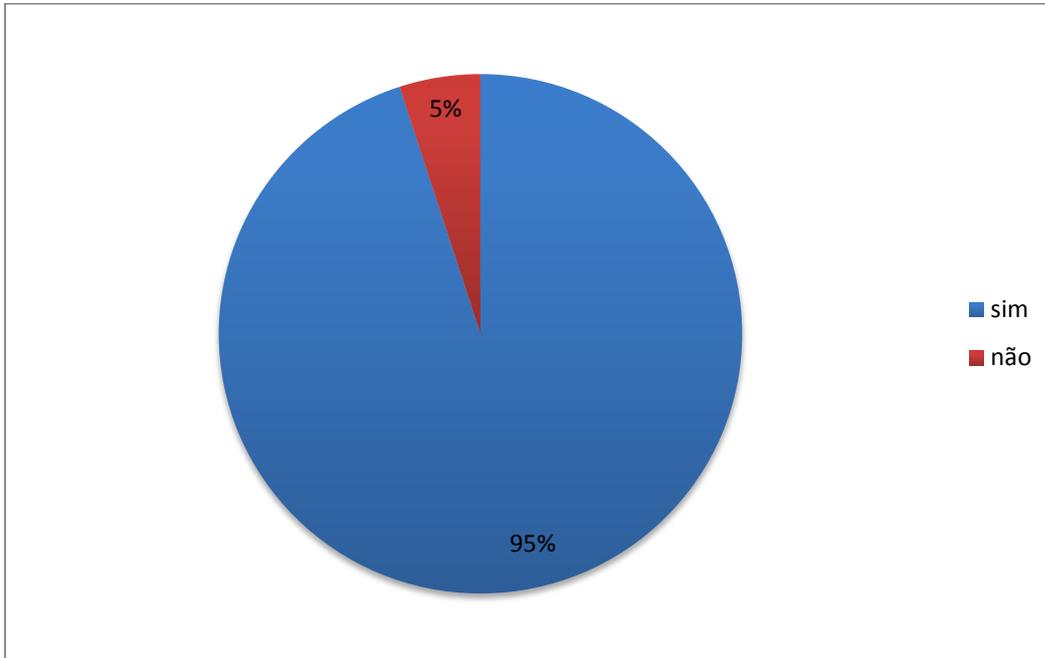
Fonte: Primária, 2014

O gráfico mostra que 70% das famílias se faz presente acompanhando o doente em tudo consultas, reuniões, oficinas , medicação e confraternizações. Fazendo com que a família interaja junto com os usuários.

A relação da família, o usuário só CAPS é pareamento por um jogo de forças dialético entre o instituído têm mais vigor, e emerge o novo, aquilo que potencializa a relação, o tratamento a vida cotidiana. (PIMENTA, 2008, p. 81).

A família presente na instituição que o doente realiza o tratamento ,faz com que ela sinta-se informada de tudo que se passa no decorrer do tratamento tanto deve está presente no mesmo, como preparado para aceitação da doença. É também o doente sente-se seguro e acolhido pela família.

GRÁFICO - 7 VOCÊ ACHA QUE O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AJUDA NA SUA RECUPERAÇÃO?



Fonte: Primária, 2014

O gráfico mostra que 95% das famílias entrevistadas relatam que as mesmas se fazendo presente no tratamento proporciona um alto grau de superação, já 5% das famílias relataram que não é preciso do acompanhamento da mesma no seu tratamento.

O papel da família é cuidar, está presente, incentivar, está presente, seu porto seguro e confiável, pois é no âmbito familiar que os seus integrantes buscam apoio, compreensão e vislumbram possibilidades. (PAES, 2011, p. 448).

Verifica-se a maioria das famílias responderam que sim, quando a família se faz presente no tratamento, faz com que ela obtenha um melhores respostas na recuperação do doente mental.

A família é o principal pilar para o tratamento da pessoa com transtorno metal é a família onde eles depositam sua total confiança, está sempre presente nas dificuldades, e tem um papel de provedora de cuidados.

Acerca do levantamento que foi posto no gráfico a minoria das famílias relataram que o doente mental não precisa tanto assim da família no seu tratamento,

porque ele mesmo pode ir a intuição sozinho (a) , e que pode realizar seu tratamento sem a presença da família.

Iremos abordar agora a análise das falas com as famílias dos doentes mentais, que fazem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS na cidade de Brejo Santo-CE.

Quando questionamos sobre a ocorrência de internação em hospitais psiquiátricos. As melhores respostas foram:

“Sim, devido está em crise forte, achamos melhor interna-lo, com o objetivo de melhorias de seu estado de saúde. Más todos nós da família ficamos de coração partido em deixa-lo ir.” (Família 1).

“Sim, devido está ocorrendo vários surtos psicóticos, e um grau de agressividade constante tomamos a decisão de interna-lo com a esperança de haver uma melhoria no seu quadro”. (Família 4).

Diante das falas podemos observar que a minoria das famílias relataram que o seu ente familiar já foram internados em hospitais psiquiátricos. Isso ocorre quando o doente se encontra em crises psicóticas fortes, em que a família é obrigada a interna-lo, com o intuito de ve-lo curado da doença.

Questionou-se também o que mudou na vida do doente mental quando descobriu a doença. As melhores respostas fora:

“Quando descobriu foi um abalo, inicialmente, mas com o apoio da família com muita perseverança aceitou o tratamento”. (Família 1).

“Entrou em uma depressão muito forte, onde toda a família sofre junto com ele más sempre enxergando que era necessário o tratamento”. (Família 5).

Percebe-se nas falas que ocorre uma certa mudança, quando a pessoa quando descobre que se tem uma doença mental, passam a pensar que que possíveis abalos podem acontecer durante o decorrer do tratamento, que não possa mais ser vista como uma pessoa normal pela sociedade.

Outra questão abordada foi a convivência familiar com o doente mental no seio da família as principais respostas foram:

“É difícil porque as dificuldades são inúmeras devido seu problema e também por causa do preconceito da sociedade e da própria família”. (Família 1).

“É muito difícil, pois dá muito trabalho, não fica sozinho uma minuto, pra todo canto que for tem que levar, porque não quer ficar sozinho.” (Família 5).

”Bem mulher, assim antes era muito difícil pra gente porque diante de muito sacrifício, pois somos pobres, sentimos uma certa dificuldade para conseguir tratamento dele. É também devido ao seu problema nos dá muito trabalho”.(Família 3).

Os participantes declararam que a família é o suporte com o qual podemos contar independentemente da dificuldade que enfrentam. É no núcleo familiar que as relações mais verdadeiras são estabelecidas, e as soluções para os problemas podem ser elaboradas. (PAES 2010). As repostas obtidas pelos grupos familiares entrevistados, desta forma foram possíveis observar que a convivência com o doente mental se acarreta de maneira muito difícil, colocando as famílias como o principal objeto de sofrimento.

Outro questionamento que foi posto na entrevista foi: Você acha que o acompanhamento da família no tratamento da pessoa com transtorno mental ajuda na sua recuperação?:

“Sim porque quando pelo menos uma pessoa da família passa a acompanhar o tratamento, a gente ver que tudo muda principalmente na hora de tomar o remédio, que nós damos na hora certa”. (família 3).

“Sim, porque quando a família começa a vim aqui no CAPS e ver como acontece o tratamento ,fica informado quando é o dia da próxima consulta e fica informado de tudo por isso a família sempre tem que acompanhar a pessoa doente”.(família 1).

“Sim, porque quando a gente começa a vim aqui pro CAPS, fica sabendo como ele tá e quando o doutor muda os remédios”. (Família5).

Sendo assim as principais respostas colocadas pelos familiares entrevistados, podemos perceber que o foco principal é a família no tratamento de pessoas com doenças mentais.

Diante dos dados que foram expostos, podemos compreender que a participação da família no tratamento das pessoas com doença mental que são atendidas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Assim, os doentes mentais

que tem a família sempre presente no processo de seu tratamento tem uma maior chance de uma melhor recuperação.

A contribuição das famílias para este trabalho foi de suma importância, pois no decorrer da pesquisa verifica-se uma interação da família junto do indivíduo que faz o tratamento psicótico, dando ênfase ao bem estar do elemento que compõe o membro familiar .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença mental no seio familiar causa um impacto enorme, que pode causar uma série de dificuldades e uma delas é adaptar-se com a doença mental no grupo familiar.

Os resultados da pesquisa mostra que as famílias sempre se fizeram presentes no tratamento do seu ente doente mental fazendo o acompanhamento de maneira assídua e sempre participando de tudo que acontece dentro da instituição aonde o mesmo faz o tratamento. Isso faz com que facilite a relação do doente com a família.

Observa-se que as mesmas sofrem uma grande dificuldade em decorrência da relação familiar com um doente mental, se dá de uma forma muito difícil é na pesquisa mostra que a maioria das famílias sente essa dificuldade de conviver com a doença desse porte na família foi possível perceber que o medo é um dos maiores obstáculos nessa relação doente e família.

Percebeu-se que a maior responsabilidade dos cuidados sempre parte da mãe, aonde ela sempre é responsável por essa demanda, é responde a mesma com saltos muito positivo. Onde foi possível observar que 70 % do cuidador do doente mental vêm do sexo feminino. Onde a minoria dos entrevistados que fora o sexo masculino relatou que a “mulher tem mais jeito para cuidar”.

Durante esse estudo foi possível observar que alguns membros da família já foram internados em hospitais psiquiátricos, onde relataram que a família sofre bastante quando isso acontece, quando se tem uma experiência de internação no seio, faz com que ela esteja mais presente no decorrer de seu tratamento, porque pesam que a qualquer momento esse episódio pode se repercutir novamente.

A experiência do estágio supervisionado em Serviço Social realizado no CAPS é de suma importância, pois passamos a enxergar as diferenças com outros olhos, começamos a interagir junto com ela, e vale lembrar que o sofrimento psíquico é um obstáculo na vida do indivíduo, que quando ele pensa que está chegando ao fim tudo retrocede e volta ao começo.

Diante do que foi posto o melhor tratamento para manter uma efetividade maior no mesmo, faz-se necessário a presença ativa da família. Em que essa aproximação da família e instituição se faz com que obtenha resultados satisfatórios tanto na vida do doente como na família.

A pesquisa busca compreender, como ocorre a participação da família no decorrer do tratamento dos usuários assistido no CAPS. Visando uma maior participação da mesma fortalecendo assim os vínculos e visando o bem – estar do doente.

O resultado desta pesquisa com as famílias ocorreu de formas satisfatórias, obtendo resultados positivos, e foi de total relevância para a construção do presente estudo, para que passamos a entender a difícil forma de conviver com a doença mental em nosso meio.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Políticas Sociais** : fundamentos e historia. São Paulo: Cortez, 2006.

BISNETE, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental uma análise institucional da prática social** . ed- São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento dos Sistemas Único de Saúde. Avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios**. 1. Ed. Brasília, 2003.

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil: Serviço Social e Saúde formação e trabalho profissional** .(org.) MOTA, BRAVO, GOMES. 4 ed – São Paulo: Cortez; Brasília, 2008.

BORDA, Leticia de Oliveira [et al] .Marcelo Roberto. [et. al] **A Família e o Portador de Transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>. Acesso em 18 de Outubro de 2014.

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://intermas.unitoledo.br/revista/index.php/ETI/article/viewFile/2169/2649>. Acesso em: 06 de Novembro de 2014.

CONCEIÇÃO, Conceição **Aparecida. Transtorno Mental Na Adolescência e o Convívio Familiar-Relatos dos pais**. São Paulo ,2006. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde.../Conceicao_Cruz.pdf.

Denzim, K ,Norman. **O PLANEJAMENTO DA PESQUISA QUALITATIVA, Teorias Abordadas** .2 ed Porto Alegre: Artmed 2006. GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2002.

KALOUSTION, Sílvio Manoug. **FAMÍLIA BRASILEIRA a base de tudo**. 8 ed. São Paulo : Cortez, 2008.

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

MENESES, Juliana Sousa Bravo de. **SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E ECONSLHOS**. 2. Ed Cortez: 2013.

MINAYO, M. C. S (org.) **Pesquisa Social: teoria, Método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MOTA, Ana Elizabeth; et al. **Serviço Social e saúde: Formação do trabalho Profissional**. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NARVINI, 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 : 22 de Outubro de 2014.

PAES, Marcelo Roberto [et. al]. **A Família e o Portador de Transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>. Acesso em 18 de Outubro de 2014.

PIMENTA, Eliane de Sousa. [et al], **A Relação com as famílias no Tratamento dos portadores de transtorno Mental Realizado no centro de Atenção Psicossocial**. 2008 Disponível em http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapi/volume3_n1/doc/Pimenta_Romagnoli.doc. Acesso em 26 de outubro de 2014.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado com a Família**. 2 ed. São Paulo: Cortez,2008.

SIERRA, Morales Sierra. **Família teorias e debates**. São Paulo, Editora Saraiva, 2011.

SIMÕES, C. **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo; Cortez, 2009.

SIMONATO, Marlene Aparecida Wischral. OLIVEIRA Raquel Gusmão. **Função e Transformação da Família ao longo da História**. Artigo apresentado no Encontro Paranaense de Psicologia-ABP ppr- nov/2003.

VICENTE, Jessica Batistela, **A aceitação da pessoa com transtorno Mental na perspectiva dos familiares**. 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472013000200007&script=sci_arttext. Acesso em 20 de Outubro de 2014.

ANEXO

ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE LEÃO SAMPAIO

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada “**A importância da família no tratamento de pessoas com transtornos mentais atendidas no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS I Brejo Santo –ce**” está sendo desenvolvida pela aluna **Francisca Lais Pires da Silva**, sob orientação da professora **Cecilia Bezerra Leite**, da **Faculdade Leão Sampaio**.

Possui como objetivo “**Analisar a importância da família no tratamento de doentes mentais**” com fins de produção monográfica que estabelece como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Sua participação na presente pesquisa 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 de estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As informações aqui solicitadas deverão ser respondidas em total veracidade e de forma voluntária e serão codificadas podendo ser apresentadas como artigo científico e poderão ser apresentadas em eventos científicos, mantendo-se o sigilo e integridade física e moral do indivíduo participante do estudo. A coleta de dados ocorrerá através de um questionário.

O aluno estará 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 (a) e dou meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Juazeiro do Norte – CE, _____ de - _____ de 2014.

APÉNDICE

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

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO

01 SEXO:

() MASCULINO

() FEMININO

02. ESTADO CIVIL:

() SOLTEIRO

() CASADO

() VIÚVO

() OUTROS

03. MEMBRO FAMILIAR

() PAI

() MÃE

() IRMÃO

() OUTROS

04. QUAL A RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM O DOENTE MENTAL?

() BOM

() RUIM

() PÉSSIMO

O QUE MUDOU NA VIDA APÓS DESCOBRIR A DOENÇA?

05.O SEU MEMBRO FAMILIAR JÁ FOI INTERNADO EM ALGUM HOSPITAL PSIQUIATRICO?

() SIM

() NÃO

COMO SE DEU A INTERNAÇÃO?

06.VOCÊ SEMPRE PARTICIPA DAS REUNIÕES, CONSULTAS, GRUPOS REALIZADOS NO CAPS?

() SEMPRE () ÀS VEZES () NUNCA

07.VOCÊ ACHA QUE O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AJUDA NA SUA RECUPERAÇÃO?

() SIM

() NÃO

08.QUAIS SÃO AS DIFICULDADES ENFRENTADAS NO TRATAMENTO

() FALTA DE ACESSO

() RECURSOS FINANCEIROS

() NÃO TEM DIFICILDADE