



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

LAMARCK DE ASSIS SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

**CAMPINA GRANDE
2020**

LAMARCKDE ASSIS SILVA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof.Ms. Edivan Gonçalves da Silva Júnior

**CAMPINA GRANDE
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586i Silva, Lamarck de Assis.

A importância da família na inclusão social dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas [manuscrito] / Lamarck de Assis Silva. - 2020.

16 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.

"Orientação : Prof. Me. Edivan Gonçalves da Silva Júnior, Departamento de Psicologia -CCBS."

1.Saúde mental.2.Dependência química.3.Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. I.Título

S586i Silva, Lamarck de Assis.

LAMARCK DE ASSIS SILVA

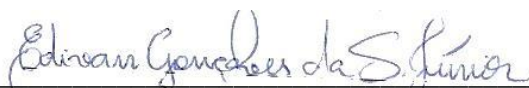
A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Área de concentração: Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovada em: 30 /11/2020

BANCA EXAMINADORA



Prof. Ms. Edivan Gonçalves da Silva Júnior (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Membro Interno)



Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
(Membro Interno)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 METODOLOGIA.....	06
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	06
3.1 História da Reforma Psiquiátrica no Brasil	06
3.2 Criação do Centro de Atenção Psicossocial-Caps.....	08
3.3 O Contexto da Dependência às Drogas.....	10
3.4 A Família no Cuidado em Saúde Mental.....	11
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
REFERÊNCIAS.....	14

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS

THE IMPORTANCE OF THE FAMILY IN THE SOCIAL INCLUSION OF USERS OF THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER FOR ALCOHOL AND DRUGS

RESUMO

SILVA, Lamarck de Assis Silva¹

A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa no redimensionamento da assistência em saúde mental. É fundamental que o cuidado a ser prestado ao paciente em sofrimento psíquico seja integral, para possibilitar uma interação entre a equipe multiprofissional e a família. Sendo assim, os profissionais de saúde mental procuram inserir a família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Este estudo de revisão da literatura teve como objetivo discutir sobre a importância do trabalho com a família na reinserção familiar e social dos usuários do CAPSad. O sistema de atenção em saúde do CAPSad contempla uma abordagem integral dos indivíduos, a partir de ações e estratégias que promovam a inserção do usuário no seu grupo familiar e na comunidade. É fundamental para o paciente em sofrimento psíquico que as ações dirigidas à família se estruturam de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço. Compreendendo o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao sujeito que sofre com a dependência ao álcool e outras drogas.

Palavras-Chave: Família. Saúde Mental. Dependência Química.

ABSTRACT

The insertion of the family is an indispensable element for psychiatric reform, when thinking about scaling up mental health care. It is essential that the care to be provided to the patient in psychological distress is comprehensive, to enable an interaction between the multiprofessional team and the family. Thus, mental health professionals seek to insert the family in the care of individuals in psychological distress in order to improve their quality of life. This literature review study aimed to discuss the importance of working with the family in the family and social reintegration of CAPSad users. The CAPSad health care system includes a comprehensive approach to individuals, based on actions and strategies that promote the insertion of the user in their family group and in the community. It is essential for the patient in psychological distress that the actions directed to the family are structured in a way to favor and enhance the family / professional / service relationship. Understanding the family member as a singular and fundamental partner for the care provided to the subject who suffers from alcohol and other drug dependence.

Keywords: Family. Mental Health. Chemical Dependency.

¹Aluno do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: lamarck_ss82@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A inserção da família é um elemento indispensável quando se pensa o redimensionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita apenas ao uso de fármacos e eventuais intervenções, mas estende-se a ações e a procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, na tentativa de melhorar a qualidade de vida desses atores.

A família, como unidade primeira de cuidado aos seus membros, pode ser vista como um auxílio para os profissionais que atuam em saúde mental, pois ela possui conhecimento e respeito das necessidades que o indivíduo em sofrimento psíquico apresenta. Além disso, a família também se constitui como receptora do cuidado, tendo em vista que o sofrimento mental desestabiliza os laços familiares e provoca situações de sobrecarga, sofrimento e isolamento devido à necessidade de cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico no domicílio.

Ao longo do tempo, o uso do álcool e outras drogas progride de forma lenta, causando imensuráveis problemas no processo saúde-doença do indivíduo, da família e da sociedade. Isso acontece tendo em vista que a dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo, com múltiplas causas, envolvendo não só aspectos biológicos, como também os psicológicos, sociais, culturais e familiares. Em geral, a presença do uso de álcool e outras drogas traz muito desconforto, sofrimento psíquico e crise no sistema familiar (MORENO; ALENCASTRE, 2006).

É importante que os profissionais que prestam assistência ao paciente em sofrimento psíquico, sobretudo de álcool e drogas, estabeleça reuniões com os familiares, para que se promova a troca de informações, possibilitando a construção de uma inter-relação, comunicação e compartilhamento de experiências. Desse modo, o trabalho com grupos de familiares é visto como forma prevalente de inclusão da família no serviço (SILVA; MONTEIRO, 2011).

O novo modelo implica em compreender a família como um grupo que se une aos profissionais de saúde para o enfrentamento e gerenciamento do cotidiano dos pacientes, promovendo o acolhimento e a socialização. Além disso, são disponibilizados espaços para o desenvolvimento de potencialidades dos familiares a fim de identificar possíveis líderes para a realização de atividades como os cursos e as oficinas que podem ser oferecidos aos usuários dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Nesse sentido, sob a necessidade de substituir os hospitais psiquiátricos, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que atendem a demandas específicas em saúde mental, e que nas suas diferentes modalidades integram a atenção estratégica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em resposta as demandas advindas do grupo de usuários de álcool e outras drogas surgiram os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

A mudança do modelo asilar para o psicossocial de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico trouxe modificações significativas nas relações profissional-usuário, família-usuário e profissional-usuário-família. Isso porque o objetivo centra-se na inserção social dos sujeitos, para tanto, faz-se necessário que a família se torne protagonista do cuidado do mesmo. Dessa forma, os profissionais da atenção em saúde mental precisam criar estratégias a fim de que a família possa se aproximar dos serviços e contribuir para o cuidado. (MARTINS; CORRÊA, 2004).

Segundo Melo e Paulo (2012), os CAPSad funcionam como serviços centrados no acolhimento, promovendo ações voltadas à inserção social aos usuários, tendo em vista os princípios de cidadania e as possibilidades de cada indivíduo portador de sofrimento psíquico melhorar a sua melhor qualidade de vida. Sendo assim, o CAPSad – além de ser regido pelos princípios comuns aos Centros de Atenção Psicossocial, como ter a proposta de

um espaço de criatividade, de construção de vida, de cuidar e de estabelecer laços com a sociedade –, também realiza atendimentos focados na desintoxicação. Com isso, o CAPSad desenvolve uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

O sistema de atenção em saúde do CAPSad contempla uma abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares, a partir de ações e estratégias que promovam não somente a inserção do usuário no seu grupo familiar e na comunidade, mas também a inserção da família nas práticas dos trabalhadores, pois esta é uma das dimensões fundamentais no cotidiano do serviço de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002).

Considerando que a família constitui elemento fundamental na inclusão social dos usuários do caps na sociedade, o presente estudo teve como objetivo discutir sobre a importância do trabalho com a família na reinserção familiar e social dos usuários do CAPSad.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, do tipo narrativa. Para Gil (2002), o estudo bibliográfico é realizado através da pesquisa de materiais já elaborados os quais geralmente suas fontes são livros, artigos e publicações periódicas como jornais e revistas. A coleta de dados ocorreu com base em informações da BVS e Ministério da Saúde e de artigos científicos que abordem o tema.

A pesquisa eletrônica foi realizada com leituras críticas e analíticas dos textos sobre o assunto, no período de 28/08/2020 a 28/10/2020 momento em que damos início a busca das fontes bibliográficas, seguido da seleção do material teórico, como artigos selecionados para a pesquisa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 História da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Os movimentos de reforma psiquiátrica ocorridos entre as décadas de 40 e 60 do século XX em países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos (comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria comunitária ou preventiva, antipsiquiatria e de desinstitucionalização) repercutiram nos modelos de assistência psiquiátrica brasileira. O movimento de desinstitucionalização italiano contribuiu significativamente para subsidiar as discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, no final dos anos 70, ou seja, a constituição de um novo cenário de assistência à saúde mental. No entanto, a história da assistência psiquiátrica no Brasil mostra uma tendência a repetir modelos anteriores em que se considerava a exclusão do louco em espaços de internação devido a sua suposta periculosidade social (AMARANTE, 1995).

No Brasil, como nos países europeus, a internação dos loucos em espaços específicos

(manicômios), ocorreu no século XIX, antes, estes faziam parte das paisagens da cidade, viviam soltos, ou eram recolhidos às prisões por vagabundagem ou perturbações da ordem pública; outros eram colocados em celas especiais dos hospitais gerais das santas Casas de Misericórdia. Como nos países da Europa Ocidental, no Brasil, a pobreza e a marginalidade foram inicialmente os princípios inspiradores da construção de instituições de internação. Nessa perspectiva, foi criado no Rio de Janeiro o primeiro hospício chamado Pedro II, constituindo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Inaugurado em 1852, pretendia "dignificar" o tratamento aos loucos elevando-os à categoria de objeto do saber alienista e eximindo-os da assistência em instituições religiosas. Sua criação abriu a sequência de construções de asilos em várias das principais cidades brasileiras. Em 1912, a psiquiatria tornava-se especialidade médica autônoma e, desta data, até a década de 20, ocorreu um aumento importante do número de estabelecimentos destinados aos ditos loucos (LIMA; HOLANDA, 2010).

Nos anos 20 e 30, a prática psiquiátrica brasileira estava impregnada pelo discurso eugênico através da Liga Brasileira de Higiene Mental. Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente, por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. Portanto, era preciso adotar medidas de prevenção da incidência das doenças mentais. Foi nesse período, em 1934, que o Decreto n. 24.559 foi promulgado segundo a ideologia da eugenia, nitidamente de natureza fascista. Buscava-se a purificação da "raça brasileira" e a doença mental era considerada uma "degenerescência moral" de certas raças, sobretudo dos negros. O tratamento tinha como base a correção moral, o isolamento e a exclusão social dos portadores de genes "malignos". Este decreto vigorou em nosso país até início de 2001 (LIMA; HOLANDA, 2010).

Este rápido olhar histórico sobre a psiquiatria no Brasil, mostra uma dimensão de como os pacientes psiquiátricos foram e continuam a ser "tratados" em muitos hospitais psiquiátricos, como um ser "menor", excluídos, segregados do tecido social. Mesmo algumas mudanças operadas no campo psiquiátrico, a partir dos anos 50 e 60, influenciadas principalmente pelos movimentos de comunidade terapêutica e pelo preventivismo norte-americano, esboçaram-se algumas experiências importantes em estados como São Paulo e Rio Grande do Sul, este último por muitos anos, considerado o berço do preventivismo nacional.

A reforma psiquiátrica compreendida como movimento social surge mais concretamente no Brasil nos últimos anos da década de 70. Este movimento fundado na crítica das políticas oficiais no campo da saúde mental e na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, teve como estratégia de ação a superação e transformação do paradigma manicomial (AMARANTE, 1995).

No final dos anos 70, paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira, intensificaram-se no país os debates e as reflexões sobre a assistência à saúde mental. Nesse contexto, surgiram diversos movimentos sociais, entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passou a ser o ator privilegiado na formulação das críticas ao paradigma psiquiátrico dominante e na construção da reforma psiquiátrica.

Segundo Amarante (1995), alguns eventos políticos foram importantes para o surgimento desse movimento, principalmente, a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, no Rio de Janeiro, em 1978, inserido na estratégia para o lançamento de uma sociedade psicanalítica, de orientação analítico-institucional. Esse evento contou com a presença de expressões das correntes de pensamento crítico em Saúde Mental, entre eles Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman.

Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Baúru-SP, foi lançada a campanha "Por uma Sociedade sem Manicômios", em que se estabelecia uma nova ordem na relação da loucura com a sociedade e mudança nas

práticas profissionais. Nesse evento estabeleceu-se o dia 18 de maio como o dia nacional de Luta Antimanicomial. A partir daí, o Movimento Antimanicomial constituído por diversos atores sociais (técnicos, usuários, familiares, intelectuais) assumiu efetivamente o projeto "Por uma sociedade sem manicômios".

3.2 Criação do Centro de Atenção Psicossocial -CAPS

A criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial- CAPS no Brasil foi na cidade de São Paulo, em 1987. Em 1989 ocorreu uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, considerada a "Casa dos Horrores", dados os maus tratos e mortes de pacientes psiquiátricos que aconteciam de maneira bárbara e contrária às formas de cuidado em saúde mental. Essa intervenção teve repercussão nacional e demonstrou de forma cabal a possibilidade de criação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo asilar. Naquela oportunidade foram criados, no município de Santos, cinco (5) Núcleos de Atenção Psicossocial, cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher usuários com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, constituindo-se como instrumento estratégico de Reforma Psiquiátrica. O CAPS configura-se como novo paradigma no campo da saúde mental, ou seja, como um novo modelo de cuidados para usuários, objetivando oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, ora identificado como movimento de luta manicomial, ora como movimento em saúde mental, é o ator privilegiado na formatação de projetos voltados para a criação de novas formas de atenção e de novas possibilidades de produção de subjetividades, embora isto não seja uma realidade em todo país (BRASIL, 2005).

Também em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado (MG), propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental, e a extinção progressiva dos manicômios no país. A partir de 1992, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários Estados brasileiros as primeiras leis que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção em saúde mental. Foi na década de 90, norteada pelo compromisso firmado pelo Brasil, na assinatura de Declaração de Caracas (1991), e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, em Brasília, que passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária (CAPS/Núcleos de Atenção Psicossocial-NAPS, e Hospitais-dia), e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país, em abril de 2001. Desse modo, a Lei Federal aprovada 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Outros fatos importantes para o processo de construção da Reforma Psiquiátrica foram o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de hospitalização, e a realização em 2004, do primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo aproximadamente dois mil profissionais, usuários e familiares.

Durante o período de 1990 a 2003, observou-se o surgimento de ações em saúde mental visando a criação de uma rede extrahospitalar através da Política Nacional de Saúde Mental pautada na redução dos leitos psiquiátricos e da ampliação e do fortalecimento dos serviços, composta em especial pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (LEAL; ANTONI, 2013).

Os CAPS tem como ação primordial transformar o modelo asilar de assistência à saúde mental, garantir direitos aos usuários através de atendimento universal, integral, descentralizado e que esteja sob controle social. Desse modo, o CAPS é um serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade. (LEAL; ANTONI, 2013).

Os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Existem ainda, os CAPS infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

Os CAPS podem localizar-se dentro dos limites da área física de unanimidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, CAPSi- Serviço de atenção psicossocial para atendimento à crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local. CAPSad - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Sendo assim, os CAPS I, II e III tem os seguintes objetivos: responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básicas, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial (BRASIL, 2002).

O atendimento no CAPSi busca proporcionar às crianças, adolescentes e familiares condições para a integração, desenvolvimento e fortalecimento nos planos físico, emocional, social e cultural. Desse modo, buscam também viabilizar a socialização, a cooperação, a solidariedade e a cidadania, proporcionando o desenvolvimento emocional e cognitivo por meio do estímulo à construção da individualidade, do autocontrole, da auto-estima e da autonomia. O CAPSi desenvolve atividades de acompanhamento ambulatorial

multidisciplinar em que as crianças e os adolescentes são tratados, mantendo seus vínculos com a família e a comunidade (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008).

O CAPSad é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária. O CAPSad propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e de seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social (LACERDA, ROJAS, 2017)

3.3 Contexto da Dependência ao Álcool e Drogas

Silveira, Rezende e Moura (2010), relatam um aumento das demandas de usuários que procuram os serviços do CAPSad em função do abuso e dependência ao álcool e outras drogas. Historicamente o uso dessas substâncias na sociedade era considerado um pecado, crime e mais recentemente considerado como doença, no campo das dependências químicas. Sendo assim, o usuário de drogas era visto como alguém que tem problemas de caráter, um marginal, um criminoso. Visto como dependente químico (seja usuário de álcool ou drogas), o usuário de drogas passou a ser alvo de intervenções no campo da saúde mental. O fenômeno da dependência em álcool e drogas constitui um problema de saúde pública, devido aos seus efeitos deletérios à saúde e as afetações na qualidade de vida dos usuários e seus familiares. Tal problemática convoca a ação de políticas públicas que trabalhem a partir das necessidades de saúde, da reintegração no meio social e manejo das relações familiares que são comprometidas no contexto das dependências químicas, pela perspectiva da promoção da saúde mental. (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

O modelo assistencial para o tratamento dos pacientes usuários de álcool e drogas deve priorizar a humanização no tratamento de portadores de sofrimento mental, a partir da reestruturação dos serviços de saúde mental com a implantação de novas tecnologias de cuidado, a reformulação das leis, o resgate da cidadania do usuário do SUS, assim como a redução dos leitos psiquiátricos. Assim sendo, o CAPSad funciona como modelo para planejamento e implantação de múltiplas estratégias de redução de riscos e danos causados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas, propiciando o fortalecimento de fatores de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e tratamento por meio da intervenção terapêutica eficiente, da inserção comunitária e da colaboração de outros segmentos sociais (SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010).

O CAPSad desenvolve um serviço que contempla o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), o atendimento em grupo ou oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, oferece condições para repouso, desintoxicação ambulatorial para pacientes que necessitem desse cuidado e que não demandem por atenção clínica hospitalar (AZEVEDO; MIRANDA, 2010). Desse modo, o CAPSad promove um cuidado voltado para a reabilitação psicossocial do usuário e de sua família, por meio de um processo no trabalho e cuidado em saúde caracterizado pelo acolhimento, atenção integral, humanização, vínculo e corresponsabilização (SILVEIRA; REZENDE; MOURA, 2010).

Reabilitação é um processo que potencializa e estimula a capacidade do sujeito para estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, na comunidade, na rede social, e no trabalho. É um percurso que possibilita resgatar sua autonomia, pelo aumento do poder de contratualidade psicológica e social. Todo trabalho direcionado para reverter os

aspectos da incapacidade e da fragilidade do usuário se constitui em reabilitação.

Um serviço de reabilitação necessita de ser um espaço acessível ao paciente-geográfica, espacial e temporal; deve funcionar como um lugar de escuta, de acolhimento, de trocas sociais e de relações, além de acompanhar os sujeitos de forma integral, inserindo-se numa rede de cuidado com outras instituições.

3.4 A Família no Cuidado em Saúde Mental

No campo da psiquiatria, Pinel considerou que a família era estabelecida como a causa do adoecimento do paciente em sofrimento psíquico, pois a alienação poderia sofrer a influência de uma educação corrompida e do desregramento no modo de viver. Nesse sentido, o tratamento proposto implicava que os familiares ficassem afastados dos pacientes de forma a não piorar o quadro de saúde, essa forma de atendimento deixou como marca o isolamento e a segregação social. Em seguida o movimento de reforma psiquiátrica propôs uma alteração nas formas de lidar com o tratamento em saúde mental, e passou a considerar a família como sendo um pilar fundamental no tratamento desses pacientes (MELO; PAULO, 2012).

Para Borba et al. (2011), o distanciamento da família ao paciente com transtorno mental ocorreu até aproximadamente a década de 80. Durante esse período a família era excluída do tratamento destinado às pessoas com transtorno mental. Outro fator que influenciou esse distanciamento família-paciente foi o pensamento de que o membro com transtorno mental carregava todas as mazelas do núcleo familiar e por isso deveria ser afastado daqueles considerados responsáveis pela sua doença. Ademais os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições, sendo assim, a família deixava seu familiar com transtorno mental na instituição psiquiátrica para que os trabalhadores da instituição se responsabilizassem pelo tratamento e cura do mesmo.

As dificuldades enfrentadas pelas famílias no contexto de todo transtorno mental surgiram diante de uma tradição asilar de tratamento à loucura que foram somadas às dificuldades de comunicação, de interação no centro das suas relações, além das dificuldades para lidar com a presença de sintomas, fracassos sociais e o comportamento desviante do portador de transtorno mental. A partir daí, faz-se necessário que as famílias busquem assistência para auxiliá-las na elaboração dos conflitos instalados, do sofrimento e mal estar enfrentados, para assim poderem lidar melhor com as suas frustrações, corroborando numa melhor inclusão do sujeito em sofrimento psíquico que aceitem o familiar e o indivíduo com transtorno mental. Com isso, é fundamental a família falar, compartilhar suas experiências, e receber acolhimento diante das suas angústias e das conquistas obtidas no tratamento, no relacionamento com o familiar que adoeceu e nas descobertas de novas estratégias de enfrentamento (BORBA et al., 2011).

Com a Reforma Psiquiátrica surgiram novas políticas na área da saúde mental que buscam novas possibilidades referentes ao cuidado quanto ao relacionamento da família com o portador de transtorno mental. Diante dessa nova dinâmica do cuidar, desse novo modelo de assistência voltada ao paciente com transtorno mental, a família, a sociedade e o trabalho em equipe compõem as práticas em saúde mental (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011).

Segundo Almeida, Felipe e Pozzo (2011), a família deve ser considerada como peça fundamental para a efetividade da assistência psiquiátrica porque ela tem grande potencial de acolhimento e de ressocialização de seus integrantes, sendo a família o ponto de ligação entre o paciente com transtorno mental e a sociedade na busca da reorganização da assistência.

É importante que se tenha uma rede social resolutiva, em que os profissionais estejam

preparados, que acolham, orientem e apoiem as famílias no cuidado, contribuindo para que a família assuma um papel ativo na do cuidado, capaz de manejar os conflitos vividos no cotidiano.

As famílias que cuidam de pessoas com transtornos mentais no seu dia-a-dia enfrentam situações adversas a exemplo de: alterações na rotina do sono, prejuízos ao trabalho e à situação financeira, necessidade de cuidar do familiar (quanto à administração dos medicamentos e higiene corporal) e sobrecarga física e psicológica. Ainda enfrenta momentos de medo e angústia pela possibilidade de crise, de não poder deixar o sujeito sozinho, sofrer agressões verbais e físicas, lidar com perdas materiais e ter que deslocar-se para a unidade de internação. Tais fatores causam sofrimento à família, principalmente no período adaptativo, devido à falta de preparo e orientação quanto ao transtorno mental e à assistência em saúde ao membro doente (ALMEIDA; FELIPES; POZZO, 2011).

A família é vista como aliada no processo de cuidado à pessoa com transtorno mental, mas em determinadas situações os profissionais precisam oferecer-lhe condições de manter o núcleo familiar saudável, cuidando da pessoa sem que haja agravo à saúde desta e da família como um todo. Sendo assim, após o diagnóstico de tratamento de transtorno mental a família passa por um período de adaptação, que exige mudanças na rotina domiciliar e no relacionamento entre os seus membros para obter um melhor convívio. Por isso, percebe-se que, na fase de adaptação, a família muda a sua rotina de vida, tendo muitas vezes que afastar-se de suas atividades para poder cuidar do seu familiar. Com isso, muitas vezes acontece a falta de preparo da família para lidar com as novas demandas, nesse sentido é fundamental receber apoio profissional da rede de serviços de saúde mental. Apesar de haver tal demanda, infelizmente não tem havido o devido apoio por parte das equipes de saúde mental aos familiares, o que acarreta sobrecarga física e sofrimento psíquico aos mesmos (NAVARINI; HIRDE, 2008).

O papel da família é cuidar, incentivar, estar presente, ser suporte seguro e confiável, pois é no âmbito familiar que os seus integrantes buscam apoio e compreensão. A relação da família com a pessoa com transtorno mental por vezes é tensa, mas quando os sintomas decorrentes do transtorno estão controlados, a convivência pode ser harmoniosa, sendo o ser humano com transtorno mental como ser único dotado de capacidades, e que, apesar de algumas limitações, é capaz de se relacionar e desenvolver atividades (NAVARINI, HIRDE, 2008).

As famílias que possuem dependentes químicos são afetadas de alguma forma pelo abuso de substância do indivíduo. O vício da dependência química afeta nas finanças, na saúde física e no bem-estar psicológico de uma família. O vício e a família estão intimamente ligados, em geral, esses indivíduos correm maior risco de problemas comportamentais e emocionais quando comparados a filhos de não alcoolistas (VIEIRA, 2016).

Filhos de dependentes químicos apresentam risco aumentado para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares. Dentre os transtornos psiquiátricos, apresentam um risco aumentado para o consumo de substâncias psicoativas. Ainda em relação ao desenvolvimento de problemas físicos-emocionais, predominam: baixa auto-estima, dificuldade de relacionamento, ferimentos acidentais, abuso físico e sexual. Na maioria das vezes, os filhos sofrem com uma interação familiar negativa, desorganizada e problemática (PAYÁ et al., 2004).

A família pode atuar no sentido de proteção à criança e ao adolescente antes mesmo que ele tenha um primeiro contato com as drogas, sendo o seu papel de referência e proteção um fator preventivo ao uso de substâncias psicoativas (JUNQUEIRA, 2014).

Segundo Azevedo e Miranda (2010), muitas vezes as consequências do alcoolismo são vistas pelos familiares como problemáticas no contexto das relações pessoais e sociais,

dificultando em alguns momentos a aproximação e a manutenção dos laços afetivos, existindo também a percepção familiar de que o uso de álcool ou outra droga chega a um limite quando os sintomas físicos, a sua aparência e o descontrole causado pela dependência, afetam suas funções mais básicas de sobrevivência, como andar, vestir-se, alimentar-se, dentre outros. As famílias, ao buscarem ajuda no serviço, assumem grandes expectativas na resolução do problema, almejando no processo de tratamento a solução para o problema vivenciado como se fosse uma, uma “cura” para a dependência psicoativa (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

A Política Nacional para usuários de álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) preconiza que a assistência deve ser ofertada em todos os níveis de atenção, privilegiando-se os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o CAPSad, devendo também ser inserida na atuação da Rede de Atenção Básica de Saúde. Sendo assim, um dos objetivos dessa assistência visa a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção psicossocial centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que enfatize a reabilitação e reinserção social dos usuários, amparada em dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, articulados à rede de saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

É importante que a família se comprometa no acompanhamento ao tratamento e reabilitação do usuário de álcool e drogas, sendo a família membro fundamental para lidar com as demandas que influenciam na saúde e no seu funcionamento, esse enfrentamento da família aparece como resposta positiva de natureza afetiva, cognitiva e comportamental para resolver ou reduzir o estresse produzido decorrente do sofrimento mental do usuário de álcool e drogas. A família, devido a proximidade e convivência com o usuário, tem melhores condições para acompanhar o processo saúde-doença de seus membros.

A importância da família não está simplesmente no acompanhamento ao tratamento no CAPS, como já discutimos, mas perpassa outras questões que vão desde apoio financeiro, até o diálogo e o afeto (SERAPIONE, 2005).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que o cuidado a ser prestado ao paciente em sofrimento psíquico seja integral, para tanto faz-se necessário possibilitar uma interação entre a equipe multiprofissional e a família. Sendo assim, os profissionais de saúde mental procuram inserir a família no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Com isso, são utilizadas estratégias como a criação de grupos de familiares nos quais são discutidas questões de saúde mental, esclarecimento de dúvidas a respeito da doença e das medicações utilizadas, transformando-se em momentos de troca de experiências entre as famílias, os profissionais e o usuário.

Os profissionais que atuam no CAPSad devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva, considerando o usuário como um ser ativo e, portanto, os serviços de tratamento devem estabelecer com ele relações de cooperação, sem o uso de técnicas hostis ou confrontativas, mas utilizando, essencialmente, o serviço na comunidade através de uma equipe interdisciplinar e do recrutamento de ex-usuários para atuarem como agentes multiplicadores do cuidado.

O CAPSad deve considerar a inserção da família no tratamento do paciente em sofrimento psíquico como ponto fundamental no processo de recuperação e reinserção social. Os CAPSad oferecem atividades e atendimentos diversos conforme a realidade local em

que estão instalados, nesse sentido são desenvolvidas, por exemplo, oficinas de artesanato, futebol, teatro, artes plásticas e circense, culinária, aulas de skate, entre outras, que auxiliam os usuários no seu processo de ressocialização, de ocupação do tempo livre e de enfrentamento à dependência.

Os familiares, por sua vez, concebem que essas atividades afastam o paciente das drogas, que tendem a se enconrajar a fazer parte do cuidado compartilhado no CAPSad. Outro fator importante que os familiares apontam é que a equipe multidisciplinar não presta atendimento apenas ao paciente em sofrimento psíquico, mas também percebem que esse cuidado se estende ao grupo familiar que também se beneficia das estratégias de cuidado dispensadas nesses centros de cuidado. Sendo assim, consegue-se de forma mais resolutiva trabalhar com a promoção da saúde e com o objetivo de reinserção dos usuários na família e na comunidade.

Por fim, o CAPSad tem sido importante para a recuperação dos usuários de álcool e outras drogas, tendo como principais resultados a diminuição dos estigmas sofridos por eles e a possibilidade de retomar a convivência com a família. Nesse contexto é importante ressaltar que as famílias também são estigmatizadas, e muitas vezes sofrem intensamente devido ao sentimento de culpa e fracasso ligado ao comportamento adicto dos seus familiares. Enfim, torna-se essencial o avanço das políticas públicas para que se possa trabalhar diretamente com essas famílias na promoção de um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AZEVEDO, D.M; MIRANDA, F.A.N. Práticas Profissionais e Tratamento ofertado nos CAPSad do Município de Natal-RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery. Revista Enfermagem**, v.14, n. 1, p.56-63, jan-marc.2010.

ALMEIDA, A.C.M.C.H; FELIPES, L; POZZO, V.C.D; O impacto causado pela doença na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.6. Porto Alegre, dezembro, 2011.

BORBA, L.O.B; PAES, M.R; GUIMARÃES, A. N. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista Escola Enfermagem**, v.45, n.2, p.442-449, 2011.

BRASIL, **Secretaria Executiva. Ministério da Saúde**. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para Atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, Brasília, 2003.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. Editora Atlas S.P., 4.ed, 2002.

JUNQUEIRA, S. S. **Abordagem familiar no tratamento de dependência química: uma revisão de literatura**. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Novembro, 2014.

IMA, A. A, HOLANDA, A.F. História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica(2004-2009). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 2, Rio de Janeiro, Agosto, 2010

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico, 2006. **Revista Saúde Coletiva**. Disponível em . Acesso em: março 2017

MARTINS, E. R.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 398-405, 2004.

MELO, P.F; PAULO, M. A. L; A importância da Família na recuperação do Usuário de Álcool e outras drogas. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n.1, p. 41-51, dez, 2012.

NAVARINI, V; HIRDES, A; A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto e Contexto-Enfermagem**.v. 17, n. 4, Florianópolis, Oct/Dec-2008.

FIGLIE, N. FONTES, A.; MORAES, E.; PAYA, R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Revista Psiquiatria Clínica**, v.31, n.2, p.53-62, 2004.

SILVEIRA, R.W.M; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa - intervenção em um CAPSad- Centro de Atenção Psicossocial álcool e Drogas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.3, n.2, p. 184-197, 2010.

SILVA, K.V.L.G; MONTEIRO, A.R.M. A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem**, v.5, n.5, p.1237-1242, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, jan.-abr. 2002.

VIEIRA, R.Q. A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos. **Unica**, 2016.

Disponível em: <http://uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/>