



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA - UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FAMÍLIA: um estudo acerca do suporte oferecido pelo Centro De Atenção Psicossocial (CAPS II - Campina Grande-PB) às famílias dos usuários

Alliny Raianny Ângelo Alventino

(ARTIGO)

Campina Grande - PB

2012

ALLINY RAIANNY ÂNGELO ALVENTINO

**A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FAMÍLIA: um estudo acerca do suporte
oferecido pelo Centro De Atenção Psicossocial (CAPS II - Campina Grande-PB) às
famílias dos usuários**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cleomar Campos da Fonseca

Campina Grande - PB

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

A474p

Alventino, Alliny Raianny Ângelo.

A política de saúde mental e a família [manuscrito] : um estudo acerca do suporte oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II - Campina Grande-PB) às famílias dos usuários / Alliny Raianny Ângelo Alventino – 2012.

33 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Cleomar Campos da Fonseca, Departamento de Serviço Social”.

1. Saúde Mental. 2. Políticas de Saúde. 3. Serviço Social.
I. Título.

21. ed. CDD 362.2

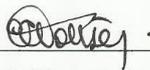
ALLINY RAIANNY ÂNGELO ALVENTINO

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FAMÍLIA: um estudo acerca do suporte oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II- Campina Grande-PB) às famílias dos usuários

Aprovado em: 13 / 07 / 2012

Nota: 9,0

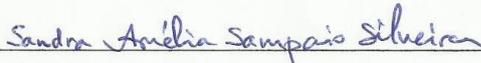
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Cleomar Campos da Fonseca
(Orientadora)



Prof^ª. Ms. Maria do Socorro Pontes de Sousa
Examinadora



Prof^ª. Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira
Examinadora

Campina Grande - PB

2012

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A FAMÍLIA: um estudo acerca do suporte oferecido pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II- Campina Grande-PB) às famílias dos usuários

Alliny Raianny Ângelo Alventino¹

RESUMO

O presente artigo é resultado de uma pesquisa realizada junto ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II - Novos Tempos, da cidade de Campina Grande-PB) que teve por objetivo analisar, a partir da perspectiva das famílias dos usuários, a contribuição do trabalho realizado pelo CAPS na convivência familiar com o sofrimento psíquico. Numa abordagem quantiquantitativa, na pesquisa de campo foram realizadas onze entrevistas com familiares participantes do “grupo de família” do citado CAPS. A análise dos dados revelou que é significativo o número de famílias de usuários que os acompanham junto ao serviço. Há, por parte destas, uma valorização do modelo atual (não repressor) de atenção à saúde mental. Nesse sentido, elas acreditam que os serviços ofertados pela instituição vêm permitindo compreender e conviver melhor com o transtorno mental, possibilitando o compartilhamento de informações e experiências entre os familiares, principalmente através das reuniões dos grupos de família. Reconhecem a existência de limites estruturais na oferta desses serviços que precisam ser revistos, porém, não desmerecem a validade da proposta de trabalho do CAPS II.

Palavras-chave: Saúde. Saúde Mental. Família.

ABSTRACT

The present article is a result of a research conducted along with the Center of Psychosocial Care (CAPS II - Novos Tempos, in the city of Campina Grande-PB) and had the aim of analyzing, through the perspective of the addicts families, the contributions of the work done by CAPS in family life and psychological distress. In a quantiquantitative approach, in the field research were conducted eleven interviews with family members who take part of the "family group" at CAPS. The data analysis reveals that a significant number of users are accompanied by their families in the CAPS service. Families appreciate the current model (not repressor) in the mental health care. In this sense, they believe that the services offered by the institution are allowing a better understanding and acquaintanceship with the mental disorder, enabling the families to share information and experience mainly through meetings of the family group. They recognize the existence of structural constraints in the offer of these services which need to be revised, but, they do not belittle the validity of CAPS II work proposal.

Key-words: Health. Mental health. Family.

¹ Discente do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

No modelo brasileiro atual de atenção e assistência à Saúde Mental, construído a partir dos ideais da Reforma Psiquiátrica, aqui iniciada no final na década de 1970, a família dos usuários ganha papel fundamental junto ao serviço público de saúde na reabilitação e reintegração psicossocial destes. Desta forma, entendendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um dos espaços de efetivação da atual política de saúde mental, o objetivo geral da pesquisa que originou este artigo foi destacar as ações do Centro de Atenção Psicossocial (denominado CAPS II - Novos Tempos, de Campina Grande-PB) voltadas para as famílias dos usuários, analisando, a partir da visão destas, a contribuição de tais ações. Além disso, delimitamos como objetivos específicos traçar um perfil socioeconômico das famílias; identificar o conhecimento destas acerca do transtorno mental, assim como seu entendimento acerca do trabalho realizado do CAPS; procuramos constatar o que a família sabe quanto ao seu direito na participação, orientação e reabilitação do seu usuário; e por fim levantar possíveis dificuldades e/ou limitações enfrentadas pelas famílias para a participação no tratamento.

A ideia de abordar o tema “família no CAPS” emergiu da vivência do estágio supervisionado em Serviço Social junto ao CAPS II, ocorrida entre Agosto de 2010 e Dezembro de 2011. A partir da observação, o que mais nos chamou a atenção foi o acompanhamento oferecido pelo CAPS às famílias dos usuários e o funcionamento dos grupos, mais precisamente do “Grupo de Família”, responsável por boa parte da informação e orientação a que têm acesso os familiares, além de promover uma troca de experiências entre eles. Observando tais grupos percebemos que, por muitas vezes, nas relações entre família e usuário destacam-se o preconceito e o desconhecimento dos familiares em relação ao transtorno mental, agravando a sua condição de vida tanto do ponto de vista da saúde física e mental, quanto sociocultural. Nesse sentido, entendemos que a discussão da relação CAPS/família/usuário torna-se relevante quer para a intervenção profissional, quer para a produção do conhecimento que se proponha a refletir criticamente sobre as diferenciadas expressões da “questão social”, com as quais trabalham os assistentes sociais.

A pesquisa partiu de uma análise quantiquantitativa, de natureza exploratória, em que os dados foram coletados a partir da realização de entrevistas semiestruturadas. Utilizou-se da análise de conteúdo para compreender os aspectos importantes destacados pelos familiares entrevistados. A coleta dos dados foi realizada entre os dias 01 e 03 de Novembro de 2011 no

CAPS II. A escolha dos sujeitos foi de caráter intencional, cujo critério de inclusão esteve relacionado diretamente ao horário do Estágio realizado no CAPS, na medida em que foi possível maior proximidade com o grupo que se reúne quinzenalmente às quartas-feiras a partir das 14h00h (contando com cerca de quinze a vinte familiares em cada encontro). Nesse sentido, o citado grupo foi tomado como universo da pesquisa, cuja amostra correspondeu a onze familiares.

O projeto que resultou na citada pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual da Paraíba e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com a Resolução UEPB/CONSEPE/ 10/2001, foi aprovado em 23 de setembro de 2011, conforme consta no anexo A.

No presente artigo inicialmente faz-se com um breve resgate histórico acerca do tratamento dispensado ao transtorno mental, retomando desde os povos primitivos até o momento anterior a Reforma Psiquiátrica. Em sequência, aborda-se a Reforma Psiquiátrica e a construção dos CAPS, destacando a realidade do CAPS II de Campina Grande-PB. Por fim, discutimos a inserção da família junto ao serviço de saúde mental e o que este serviço oferece aos familiares dos seus usuários.

2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO HISTORICAMENTE DISPENSADO AO TRANSTORNO MENTAL

O fenômeno da falta da razão, que historicamente se convencionou chamar de “loucura”, tem longo registro na história da humanidade, aparecendo desde as sociedades primitivas e se estendendo até a realidade contemporânea. A loucura passou por distintas e variadas formas de abordagem social e médica, onde, na maioria das vezes, desvelou-se uma dura realidade a qual estiveram expostas as pessoas em sofrimento psíquico.

Os povos primitivos explicavam o transtorno mental a partir de formulações fantásticas e irracionais, geralmente ligadas às crenças e a cultura local. A loucura em si não era diagnosticada. Toda forma de enfermidade era explicada por crenças imaginárias e pelo culto ao sobrenatural. Os tratamentos centravam-se no envolvimento de ritos de magia e de invocações de poderes sobrenaturais. Muitas vezes, eram realizados também castigos e punições físicas nesses tratamentos.

Com o advento da Idade Moderna, principalmente a partir do século XVIII caracterizado pelo Iluminismo², verifica-se a ascensão do pensamento racional e, a partir daí, o fenômeno do transtorno mental passa a ser interpretado como falta de razão, incompatível com os padrões socialmente exigidos na época. Com isso, o referido fenômeno, até então tido como complexo, passa a ser totalmente negativizado surgindo a necessidade de afastar os indivíduos tidos como “loucos” do restante da sociedade.

Nesse contexto, havia uma necessidade dos setores dominantes em retirar das cidades todos os indivíduos não produtivos³, pois estes representavam uma desordem moral que poderia por em risco à estabilidade da vida social. Abandonados por suas famílias, esses indivíduos eram afastados do restante da sociedade sendo “depositados” em locais como Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia, nos quais a qualidade de vida era bastante comprometida. Viviam em péssimas condições de saúde, alimentação e higiene. Retirar tais indivíduos das ruas das grandes cidades representava a “limpeza” destas, pois contrariavam a imagem de harmonia que a sociedade queria passar. Sobre os Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia Amarante (1995, p. 24) diz que estes,

[...] representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizavam ameaça à lei e à ordem social. O enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão destas está referido à figura da desrazão.

Desta forma, entendemos que, nos Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia, não havia preocupação de ordem patológica, a preocupação estava na afirmação da ausência ou não da razão e, sobretudo, na garantia do isolamento social dos indivíduos que se diferenciavam do padrão comportamental considerado “normal” e aceitável pela sociedade.

Segundo Amarante (1995), é somente a partir do final do século XVIII e início do século XIX que se verifica uma abordagem mais científica sobre o fenômeno da loucura, ocorrendo assim, a transformação desta em objeto de conhecimento: a doença mental. Assim, essa passagem representa a constituição da prática médica psiquiátrica, tendo como

² Cientistas, escritores e filósofos europeus do século XVIII acreditavam que o uso da razão era a melhor maneira de eliminar a ignorância e construir um mundo baseado na verdade, no progresso e na liberdade. Com o Absolutismo francês em decadência, o Iluminismo surge como a luz da razão indo de encontro às trevas da ignorância. Essa idéia se expandiu pela Europa irradiando para diversas áreas do conhecimento. (SERIACOPI, 2005).

³ Os indivíduos considerados não produtivos eram os loucos, os leprosos, doentes crônicos, idosos, deficientes físicos, entre outros que fugissem aos padrões sociais.

dispositivos a medicalização da doença. Com a apropriação da loucura (agora doença mental) pelo discurso médico, o que era tido como “anormal” tornou-se patológico.

Com a loucura como objeto da medicina psiquiátrica surgem os locais específicos para o tratamento de doentes mentais, denominados Hospícios (manicômios). Esse contexto traz como principal expressão o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), o primeiro a tentar descrever e classificar perturbações mentais e a tratá-las como doença. Pinel estabelece ainda o transtorno mental como problema de ordem moral, sendo o isolamento fundamental ao tratamento. Sobre a obra de Pinel, Amarante (1995, p. 26) diz que esta era

[...] estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujos pilares estão representados pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de uma relação terapêutica (o tratamento moral) – representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando-o em instituição médica (e não mais social e filantrópica), e para a apropriação da loucura pelo discurso e prática médicos. Este percurso marca, a partir da assunção de Pinel à direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

A obra de Pinel, centrada no isolamento do paciente, foi alvo de duras críticas e provocou a primeira tentativa revolucionária dentro da psiquiatria, pois, muitos médicos consideravam o método de Pinel incompatível com os princípios trazidos pela Revolução Francesa (1789-1799) pautados na “liberdade, igualdade e fraternidade”. Com o isolamento dos pacientes a instituição tenderia a características absolutistas⁴. Das críticas surge o projeto das colônias de alienados, em busca da atualização do compromisso da psiquiatria com a realidade sócio histórica da modernidade. Segundo Amarante (1995, p. 27),

[...] na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos.

Somente após a Segunda Grande Guerra (pós-1945), novas contestações ao modelo manicomial de isolamento entram em cena e contribuem com o questionamento do próprio saber psiquiátrico. Assim, passa-se a pensar no que realmente é o transtorno mental, se é ou não uma doença. Não sendo uma doença, se este necessitaria da contribuição e intervenção de

⁴ Absolutismo é um sistema político e administrativo que prevaleceu nos países da Europa do século XVI ao XVIII. Caracteriza-se pela centralização do poder nas mãos de um rei, o poder absoluto (SERIACOPI, 2005).

outras áreas do conhecimento. De acordo com Bisneto (2011), nesse momento a psiquiatria é solicitada a abrir espaço para essas áreas, a exemplo da psicologia, da sociologia, da antropologia, dentre outras. Esse contexto torna possível o início do projeto de Reforma Psiquiátrica contemporânea.

2.1 A Reforma Psiquiátrica: elementos questionadores do modelo hospitalocêntrico

O processo de Reforma Psiquiátrica, na sociedade ocidental moderna, deu-se a partir do período pós guerra, basicamente, o ponto fundamental da reforma consistiu em se contrapor ao modelo repressor “hospiciocêntrico/hospitalocêntrico” (ROSA, 2005a, p. 2). Frente à total violação de direitos a qual estavam expostos os internos dos hospitais psiquiátricos surgem indagações e discussões acerca do reconhecimento dos direitos dessa minoria social.

Segundo Alves et al (2009), no início dos anos de 1950 surge na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, baseado na democratização das relações profissionais x usuários, enfatizando a comunicação e a realização de atividades terapêuticas para a recuperação dos internos. Era, pois, a primeira proposta de superação do modelo dos hospícios.

Ainda na década de 1950 e nos anos 1960, surgem outras experiências de reforma psiquiátrica em diversos países, a exemplo da Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França; a Psiquiatria Comunitária dos Estados Unidos, essa última constituiu-se numa aproximação da psiquiatria com a saúde pública, na busca pela prevenção e promoção da saúde mental; tem-se ainda outra experiência inglesa, na década de 1960, o movimento Antipsiquiatria de Laing e Cooper, que questionou tanto a doença mental como a psiquiatria, buscando mostrar que o saber psiquiátrico instituído não conseguia responder às questões da loucura.

Entretanto, ainda de acordo com Alves (et al, 2009, p 90), é na Itália que surge na década de 1960 o movimento de reforma psiquiátrica “que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciado até então”.

Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra e sanitarista italiano, foi o personagem fundamental da Reforma Psiquiátrica italiana. Seu trabalho de desinstitucionalização inicia-se no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e chega posteriormente, à cidade de Trieste (no Hospital

Psiquiátrico de San Giovanni), organizando e dando início a um projeto no qual o tratamento volta-se totalmente para a atenção ao sujeito, considerando não apenas a sua doença, mas sim sua complexidade, numa perspectiva psicossocial e interdisciplinar. Basaglia buscou realizar uma intervenção que promovesse a participação do sujeito no exercício de sua cidadania. Sobre as ações do referido psiquiatra na cidade de Trieste, Amarante (1995, p 49) diz que:

[ele] chega a Trieste em outubro de 1971, onde dá início a um processo de desmontagem do aparato manicomial, seguido da constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Assim, são construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada qual abrangendo de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas ao dia, sete dias por semana. São abertos também vários agrupamentos, que são as residências terapêuticas onde moram usuários, algumas vezes sós, algumas vezes acompanhados por técnicos e/ou outros operadores voluntários, que prestam cuidados a um enorme contingente de pessoas, em mais de trinta locais diferentes.

Assim, Basaglia propôs a instauração de projetos que rompessem com o modelo manicomial, anteriormente citado, como também reivindicava o fim das instituições e dos dispositivos terapêuticos a ele relacionados.

O trabalho de Basaglia na cidade de Trieste, em torno do modelo de serviço hospitalar para o trato do transtorno mental, ganhou relevância a nível mundial, sendo considerado no ano de 1973, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como referência para reformulação da assistência nessa área (BEZERRA, 2010).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, desencadeada a partir de 1978, pautou-se nessa experiência italiana. É o que veremos no próximo item.

2.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Já na época do império é criado no Brasil o Hospital Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, cuja lógica era a de “esconder” os indivíduos que “perturbavam” a ordem social.

Segundo Rosa (2005a), em todas as regiões do país a assistência psiquiátrica mantém-se nessa lógica através das ações da Igreja Católica, via intervenção das Santas Casas de Misericórdia. Eram os “asilos de alienados” que, geralmente, ficavam localizados nos porões das Santas Casas. Alí o louco era isolado e excluído do meio familiar e social.

No período anterior a Reforma Psiquiátrica, o tratamento médico oferecido aos portadores de transtornos mentais, era baseado numa legislação da década de 1930 (Decreto 24.559/1934). Esta apoiava a idéia repressiva das Santas Casas de Misericórdia e dos Hospitais Gerais, assim como, posteriormente, apoiou a proposta dos manicômios. O decreto seguia a mesma compreensão que a medicina e a maioria dos profissionais da época, que viam no isolamento social a única forma de tratamento, e ainda, como a maneira correta de intervir na doença dos internos.

A crise da Ditadura Militar sinalizada nos anos 1970 favorece a luta de diversos segmentos da sociedade civil em defesa da redemocratização do país em todos os âmbitos e esferas. Em se tratando da área da saúde, particularmente da saúde mental, se reivindicava a reformulação das práticas vigentes, tendo em vista as condições desumanas a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos. O surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) apresenta o debate em torno da transformação da assistência psiquiátrica, a partir de um referencial crítico. A luta antimanicomial que decorre desse Movimento surge nesse contexto como um importante sujeito social que procurava ir além do fim dos manicômios, criticando, sobretudo, as concepções acerca do fenômeno da loucura. A partir daí, pensa-se na contribuição do convívio familiar e social para a reabilitação desses internos. Desta forma, a cura já não é mais o objetivo, mas sim, uma reinserção saudável do portador de transtorno mental na vida social, de modo que este possa usufruir de direitos enquanto cidadão, pelo menos, dos direitos possíveis dentro de um governo ditatorial. Assim, começa o trato à Saúde Mental e não mais a doença, o objetivo passa a ser o bem estar físico, mental e social de pessoas em sofrimento psíquico.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (2005), o início do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil eclode, ainda, em paralelo ao Movimento Sanitário nos anos 1970, que buscava a mudança dos modelos de atenção e gestão nas políticas de saúde no país. O Movimento Sanitário é o principal responsável pela conquista do modelo de saúde atual no Brasil, que se expressa no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é uma política de saúde de caráter universalista, garantida pela Constituição Federal de 1988. Sua implementação se dá de forma gradual a partir dos anos 1990. Do ponto de vista da filosofia orientadora do SUS, ele constitui-se enquanto resposta às lutas dos trabalhadores e usuários dos serviços, insatisfeitos e descontentes em relação ao acesso aos direitos, serviços e à forma de organização do modelo de saúde anterior.

Com o SUS o transtorno mental é reconhecido como caso de saúde, logo, torna-se uma responsabilidade do Estado. Desta forma, desde então, todos os serviços públicos ligados a Saúde Mental integram o Sistema Único de Saúde.

Com o fim da Ditadura Militar, há espaço político e social propício para o início legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil que ocorre com a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 (BRASIL, 2012b), que vem propor a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a gradativa substituição dos manicômios no país. Em 2001 é criada a Lei 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que representa um marco na assistência à saúde mental no país e sobre a qual nos deteremos a seguir.

3 SÉCULO XXI: uma nova face da atenção à Saúde Mental no Brasil?

No ano de 1989, um ano após ter sido promulgada a Constituição Federal, inicia-se no Congresso Nacional a tramitação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG), fundamentado no projeto de Reforma psiquiátrica.

Apenas em 2001, o citado projeto é aprovado e torna-se Lei (10.216/01), conhecida também como Lei Paulo Delgado. Seu conteúdo dispõe sobre a criação progressiva de serviços substitutivos aos manicômios, serviços estes de caráter mais humanizado, onde a pessoa em sofrimento psíquico seja respeitada e não apenas tratada como “doente” e, além disso, esses serviços devem possibilitar e intermediar a integração do usuário ao contexto social (BRASIL, 2012b). O Estado é reafirmado enquanto responsável pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e pela promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família destes.

Os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais são indiscriminados, não havendo diferença entre cor, sexo, orientação sexual, idade, recursos econômicos, etc. O atendimento prestado pelo Sistema de saúde deve ser realizado da melhor forma, de acordo com a necessidade do usuário visando alcançar a sua inserção na família e na comunidade. O usuário tem o direito a ter livre acesso a informações sobre a sua doença, e ter acesso aos meios de comunicação disponíveis. O tratamento deve ser preferencialmente feito em serviços comunitários de saúde mental, em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis. Segundo a Lei Paulo Delgado, não é permitida a internação em instituições que reproduzam o confinamento dessas pessoas. Em caso e necessidade de internação, essa tem

que preencher requisitos que não firam os artigos da citada lei. Desta forma, a internação não é totalmente descartada, o que muda é a forma de tratamento, o seu objetivo, a estrutura que é oferecida ao usuário para que este tenha um tratamento em condições humanas e que beneficiem sua saúde (BRASIL, 2012b).

A partir da referida Lei foram sendo gradativamente instalados em todo o país serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), as Residências terapêuticas, entre outros serviços, todos públicos, ligados ao SUS formando uma rede de atenção, atendimento e assistência à Saúde Mental.

Dos avanços, identificados desde então, é possível destacar a significativa redução dos hospitais psiquiátricos em território brasileiro. Assim, como também, o tratamento oferecido aos usuários é considerado menos agressivo e menos invasivo. Entretanto, os limites são visíveis, principalmente, em relação ao número de instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde mental, consideradas insuficientes em relação à demanda dos usuários que necessitam desse tipo de assistência. Além disso, a prestação dos serviços nem sempre têm estrutura física adequada para o atendimento desses usuários, bem como para a realização de atividades que o CAPS se propõe a realizar. Tem-se ainda, as questões relativas às condições de trabalho dos profissionais, marcadamente precarizadas diante do histórico sucateamento dos serviços públicos de saúde, que inviabiliza uma assistência de qualidade aos usuários, posto que, a questão da saúde mental ultrapassa os limites dos serviços direcionados estritamente a essa área, necessitando, para tanto, do suporte de toda rede de atenção básica em saúde, além dos programas e serviços previdenciários, assistenciais, educacionais, etc.

Na medida em que as reformas neoliberais reduzem a intervenção do Estado na oferta de políticas públicas direcionadas ao reconhecimento dos direitos do trabalho, verifica-se um rebatimento direto sobre as profissões que lidam com as expressões da questão social. Profissionais exercem suas atividades com recursos físicos, materiais e humanos insuficientes, sem falar na questão salarial que, muitas vezes, obriga o profissional a dupla ou tripla jornada de trabalho como forma de “garantir” uma renda melhor. Tal realidade atinge também os assistentes sociais cuja intervenção se dá diretamente articulada às políticas sociais públicas e privadas.

Frente à realidade tão adversa, é possível falar em uma “nova face da atenção à saúde mental” ou numa nova filosofia que apenas parcialmente se aproxima do cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico? Cremos que o contexto tende a uma aproximação parcial entre as diretrizes da política de saúde mental e as necessidades dos seus usuários, reflexo de um quadro mais amplo de desproteção social na sociedade do capital.

3.1 O lugar dos Centros de Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem no Brasil ainda no final da década de 1980, no estado de São Paulo, recebendo financiamento do Ministério da Saúde apenas em 2002, após a validação da lei 10.216/01. Assim, são oficialmente criados no ano de 2002, a partir da portaria MS N° 336-02 (BRASIL, 2012a). Representam um serviço público, municipal e comunitário, de tratamento ao transtorno mental vinculado ao SUS. Buscam ir além do tratamento medicamentoso, procurando oferecer um tratamento clínico pautado na relação dos usuários com o contexto social e familiar.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 25), esses serviços

[...] têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento [deles] que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

De acordo com a portaria MS N° 336-02, os CAPS são definidos em três⁵ modalidades (I, II, III) conforme a abrangência populacional e a ordem crescente de porte/complexidade. Os usuários a serem atendidos devem ser prioritariamente àqueles com transtornos mentais severos e persistentes sendo designados ao serviço de acordo com sua área territorial e de acordo com o regime de tratamento, podendo ser intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS devem oferecer um serviço ambulatorial de atenção diária e que funcione de acordo com o território, devem também funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, o que só é permitido quando localizado em uma unidade hospitalar geral ou em instituições universitárias, caso tenha acesso privativo e equipe profissional própria. Os usuários devem ser todos devidamente cadastrados no serviço.

⁵ São três as modalidades de CAPS que tratam dos transtornos mentais em adultos, mas há ainda o CAPS i que faz atendimento ao público infanto-juvenil e o CAPS ad que trata usuários também adultos, mas com transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial deve envolver a comunidade na perspectiva de que esta possa contribuir com a reintegração do portador de transtorno mental ao contexto social, com uma nova significação individual e social desse problema de saúde. É ainda papel desses centros oferecer a possibilidade de reinserção dos usuários em atividades ligadas ao trabalho, através de oficinas que estimulem a criatividade, além do incentivo ao lazer e a práticas esportivas.

Não menos importante é o significado dado à relação usuário/família. No novo modelo de atenção à saúde mental esta articulação é tida como benéfica ao tratamento, assim como também, pode vir ajudar o familiar a lidar com o transtorno mental e a compreender melhor o que se passa com o usuário.

A efetivação propriamente dita do que está previsto na legislação, envolve uma série de mediações, dentre as quais, as condições objetivas de desenvolvimento da política de saúde como um todo, exercem papel fundamental. Como já sinalizado, a insuficiência e/ou inexistência de recursos físicos, materiais, financeiros e humanos compromete a qualidade e o alcance efetivo das ações em saúde mental.

Além dessas condições objetivas, questões de ordem subjetiva também se vinculam ao comprometimento do trato com a saúde mental. Destaque, nesse caso, para o abandono e/ou descaso para com o usuário por parte da sua família.

Uma nova face na atenção à saúde mental requer que sejam consideradas mediações que dizem respeito ao papel do Estado no reconhecimento e garantia dos direitos sociais e no fortalecimento de uma política de emprego e renda capaz de dotar as famílias de condições dignas de sobrevivência de seus membros. Mediações que também dizem respeito à fomentação de valores desmistificadores do transtorno mental, de forma a combater toda espécie de preconceito ainda existente em relação às pessoas em sofrimento psíquico.

3.2 O Centro de Atenção Psicossocial II de Campina Grande-PB

A pesquisa que originou este trabalho foi realizada no CAPS II - Novos Tempos, na cidade de Campina Grande-PB. A escolha pela temática da saúde mental foi motivada pela vivência do estágio supervisionado em Serviço Social, realizado entre o segundo semestre de 2010 e durante todo o ano de 2011.

O CAPS II representa o primeiro serviço substitutivo da cidade de Campina Grande, implantado em Dezembro de 2003. Atualmente está localizado na Rua Elpídio de Almeida, 1600, no Bairro Catolé. Sua proposta é atender adultos, de ambos os sexos, com transtornos mentais severos e persistentes. Funciona de segundas a sextas-feiras das 08h00min às 18h00min. Sua área de abrangência são os distritos I, III e IV, na mesma cidade, que compreende os seguintes bairros: Distrito I: Alto Branco, Centro, Jardim Tavares, Lauritzen, Monte Castelo, Nações, Nova Brasília, Santo Antônio, Vila Castelo Branco; Distrito III: Araxá, Conceição, Louzeiro, Cuités, Jardim Continental, Jeremias, Monte Santo, Palmeira; e Distrito IV, que cobre parcialmente: Bodocongó, Catolé e Três Irmãs.

O referido serviço se propõe a oferecer acolhimento e cuidado aos usuários em crise, através das atividades realizadas individualmente ou em grupo. Dispõe de atendimento que envolve desde a área clínica, com acompanhamento de psicólogos, psiquiatras e clínicos gerais (com especialidade em saúde mental), à área social, onde se destaca a atuação de profissionais como assistentes sociais, psicopedagogos, contando ainda com profissionais como técnicos e educadores físicos. Conta, pois, com o apoio de uma equipe profissional multidisciplinar, ou seja, são profissionais de diversas áreas que trabalham em conjunto visando à reintegração social e familiar do usuário. Oferece ainda atividades direcionadas à família, atividades esportivas, atividades externas, além de oficinas de reabilitação para os usuários que não estão em crise, a fim de proporcionar o desenvolvimento de alguma habilidade que vá ser útil ao usuário posteriormente.

De acordo com dados obtidos no próprio CAPS, no momento de acolhimento, o profissional tem oportunidade de conhecer o usuário, buscando compreender sua realidade cotidiana, seu contexto sócio econômico, assim como traçar um breve histórico de seu transtorno. Além disso, são definidos os seguintes pontos de caráter normativo: dias em que o usuário freqüentará o CAPS; assiduidade (faltas devem ser justificadas); o horário de chegada dos usuários que é de 08h00min para os da manhã e 14h00min para os da tarde; obrigatoriedade do sigilo de todo e qualquer assunto tratado em grupo; explicação da existência do técnico de referência, ou seja, um profissional do serviço que se responsabiliza em acompanhar mais de perto aquele usuário, repassando aos demais funcionários a sua evolução a partir do tratamento que está sendo oferecido; apresentação das atividades oferecidas pelo CAPS; necessidade do usuário estar em constante avaliação pela equipe, sendo aplicada advertência se necessário; informações sobre o período do tratamento que será estabelecido pela equipe técnica de acordo com a evolução terapêutica. No acolhimento, o técnico deve também destacar que o CAPS se propõe a trazer a família para junto do

tratamento e já falar sobre os grupos direcionados à família existentes no serviço (que realizam diversas reuniões semanalmente).

Apesar da denominação de “Novos Tempos”, o CAPS II-CG, padece de problemas que expressam o desenvolvimento das políticas sociais brasileiras como um todo. Inicialmente, suas instalações físicas são precárias. Além dessa precarização, o espaço é insuficiente para o desenvolvimento das diversas atividades planejadas entre a equipe técnica, os usuários e familiares. Além disso, o serviço recebe um número maior de usuários em relação a sua capacidade, tendo em vista que muitas vezes, não há espaço em outros serviços comunitários de saúde para o acolhimento e acompanhamento dos casos menos complexos⁶. Desta forma, usuários que não estão em crise e que poderiam ser acompanhados nas unidades básicas de saúde dos bairros, migram para o CAPS, aumentando a demanda por um serviço já fragilizado historicamente. Nessa perspectiva, funcionários e usuários se veem diante de um caos, do qual se sobressaem respostas de pouca resolutividade e necessidades que se aprofundam.

4 A FAMÍLIA E O CAPS II: o que o serviço oferece às famílias dos usuários?

No atual modelo de assistência saúde mental o papel da família dos usuários ganha relevância enquanto elemento auxiliar no melhor desenvolvimento do projeto terapêutico.

Entendemos, de acordo com as palavras de Miotto (1997, p. 120), a família como

um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

De acordo com Carvalho e Almeida (2003), a família incluiu-se entre as instituições sociais básicas, tendo sido historicamente constituída com base nas relações de parentesco. A família representa ainda a forma mais tradicional de viver em comunidade e, é uma instância mediadora nas relações entre indivíduo e sociedade. Mostra-se como base de sustentação e

⁶ Lembrando que os CAPSs II deveriam de acordo com a portaria MS N°336-02, atender e acolher usuários em crise e com transtornos severos e persistentes.

formação de pessoas. Através dela é possível a construção da primeira identidade social dos indivíduos.

Em se tratando do campo da saúde mental, observa-se que historicamente a família participou de diferentes formas do processo de adoecimento psíquico do seu familiar. A análise da significação da família diante do transtorno mental ganha espaço a partir de Pinel. De acordo com Rosa (2005b), com o “isolamento terapêutico” a família passa a ser analisada de forma paradoxal, ou seja, passa a ser considerada como um “agente patológico” que estaria propensa à “alienação” por ter um “alienado” em seu meio. Nesse sentido, Pinel pensava a família a partir da ótica da culpabilização pelo adoecimento do seu membro, sendo o afastamento de ambos (família e paciente) extremamente necessário. O papel da família consistia em entregar o familiar “doente” ao tratamento e colocar-se em posição de espera passiva dos resultados das intervenções médicas. O “cuidado” para com o paciente era atribuição exclusiva do serviço assistencial.

Ressalta-se entre o pensamento de Pinel e o contexto atual da política de saúde mental o quanto o papel da família foi enfatizado de forma diferenciada: inicialmente, como “culpada” e atualmente, como “protagonista” no sucesso do tratamento dos portadores de transtorno mental. Hoje, esse papel é reforçado pelo Estado, numa perspectiva de desresponsabilização do poder público para com os usuários dos serviços de saúde.

O afastamento entre família e paciente foi considerado fundamental por muito tempo nos hospitais psiquiátricos, e, somente após a Segunda Guerra, sobretudo na década de 1970 no Brasil, houve uma releitura sobre o que é família, assim como sobre o seu papel. Releitura essa pautada nas contribuições de movimentos sociais fundamentados na teoria social crítica de inspiração marxista, a exemplo do Movimento Feminista (ROSA, 2005b).

Os movimentos sociais que expunham questões relacionadas à família contribuíram para a construção de uma nova visão sobre essa instituição também no campo da psiquiatria. Ainda segundo a referida autora, nos anos 1990 a leitura sobre família no campo psiquiátrico aparece como sendo um grupo que precisa de suporte e de acompanhamento específico.

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, a unidade familiar assume o papel de cuidar e de auxiliar na ressocialização do usuário junto ao serviço público de saúde mental. A inclusão da família no tratamento surgiu a partir da percepção de que no momento em que há a presença do sofrimento psíquico no ambiente familiar há uma mudança no cotidiano, alterando hábitos, rotinas e costumes. Assim, é necessário também o acompanhamento da família, tendo em vista que, a partir da percepção do transtorno mental, esta irá se deparar com uma nova situação que poderá acarretar em uma sobrecarga de conflitos, de medos e

perda do controle diante da situação de desgaste. Para Borba, Schwartz e Kntorski (2008, p. 589),

[...] ao envolver a família no tratamento do portador de transtorno mental, e ao dar suporte a esta para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura e a sobrecarga, a carga emocional da família e do próprio usuário é amenizada, aumentando o nível de interação e empatia entre eles.

Diante disto, a proposta de trabalho do CAPS II - Novos Tempos de Campina Grande-PB inclui o acompanhamento das famílias de usuários com o objetivo de integrá-las ao tratamento, auxiliando-as no convívio com o sofrimento psíquico e aproximando-as do usuário.

Nesse acompanhamento, o referido CAPS oferece orientações individuais e grupais, além de visitas domiciliares que favorecem o entendimento dos profissionais acerca contexto real em que estão inseridas as famílias. No período em que foi realizada a pesquisa havia no CAPS II cerca de quatro “Grupos de Família” diferentes, que realizavam suas reuniões quinzenalmente. Os grupos são orientados geralmente por assistentes sociais, psicólogos e/ou psicopedagogos. Nesses grupos, os profissionais têm oportunidade de conhecer melhor as famílias e de entender melhor suas dificuldades e aspirações, é também nos grupos que acontecem as trocas de experiências particulares entre os familiares de usuários. De acordo com Rosa (2005b, p. 211),

[...] tais reuniões [dos grupos de família] tornam-se importantes para o cuidador doméstico, pois muitas vezes são a maneira mais efetiva para tirar suas dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais.

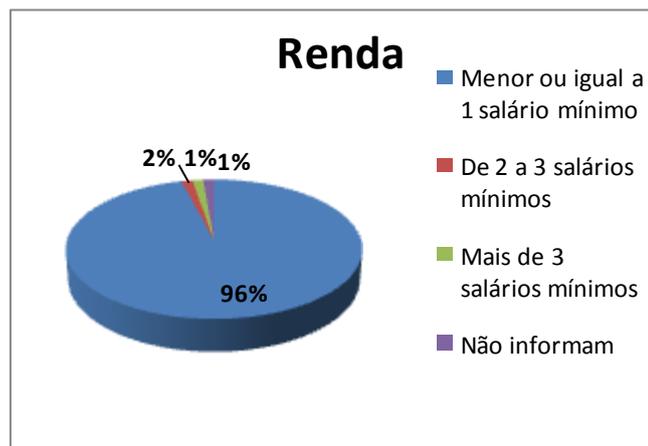
A abordagem da família enquanto sujeito ativo na área da saúde mental apresenta-se como um fato recente, cabendo ao CAPS auxiliá-la e orientá-la enquanto parceira do serviço no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico. À família cabe o papel de participar de forma ativa no tratamento, não se tornando apenas mera receptora de informação. Esse papel de sujeito não exclui a responsabilidade do Estado para com a garantia e a oferta de serviços que respeitem os direitos de cidadania.

Dados relacionados ao perfil socioeconômico dos familiares de usuários do CAPS II revelam que em relação à faixa etária a maioria, ou seja, 46% têm entre 41 e 60 anos, fator relacionado ao fato de grande parte dos usuários serem acompanhados por suas mães ou esposas, configurando em consequência, uma predominância (91%) do sexo feminino dentre

os entrevistados. Foi possível constatar ainda que 18% dos entrevistados são solteiros, 55% se encontram divorciados, viúvos ou em relação estável e 27% encontram-se atualmente casados.

O nível de renda dos familiares dos usuários do CAPS II (Gráfico 1) é revelador de uma condição de extrema pobreza: 96% dos entrevistados sobrevivem com uma renda familiar mensal menor ou igual a um salário mínimo. O serviço do CAPS II não é exclusivamente direcionado a população mais pobre, posto que se trata de uma política articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, sendo assim, qualquer cidadão que necessite desse serviço tem direito constitucionalmente garantido. Mesmo assim, diante dos dados obtidos, observamos que quem utiliza o serviço público de saúde mental é, na grande maioria, a população de baixa renda.

Gráfico 1: Renda dos familiares entrevistados



Fonte: pesquisa de campo realizada no CAPS II – CG, 2011/2012

Quanto à escolaridade, observamos que entre o total de sujeitos entrevistados, a maior parte (37%) não concluiu o ensino fundamental e apenas 9% atingiu esse grau de escolaridade, o que demonstra o baixo nível de formação escolar marcante entre as camadas mais pobres da sociedade brasileira. O que nos leva a refletir acerca do acesso dos usuários e de seus familiares à informação e, conseqüentemente, aos direitos de cidadania. Apenas 27% concluíram o ensino médio, e não há nenhum entrevistado com ensino superior.

Em relação ao tipo de moradia dos sujeitos da pesquisa, pudemos observar que 55% destes possuem residência própria, onde, geralmente, reside também o usuário do CAPS. Apenas 9% alegaram não ter moradia fixa, ou por ter ocupado algum terreno em áreas periféricas da cidade ou por morar provisoriamente em casa de parentes. Em se tratando da

quantidade de residentes em cada domicílio, observa-se que 91% dos entrevistados afirmam conviver com uma ou até cinco pessoas em sua casa.

Dos dados apresentados acima, se conclui que a grande maioria dos participantes do grupo de família é de mulheres com mais de 40 anos, com baixo nível escolar e de baixa renda.

Aspectos extraídos das entrevistas com os familiares de usuários do CAPS II, acerca da relação entre o serviço e as famílias, dão conta inicialmente, do papel que os familiares atribuem ao CAPS. Buscamos compreender como não apenas o familiar especificamente entrevistado, mas como o restante da família que convive diariamente com o usuário vê o que é realizado pela instituição, se estes compreendem o que propõe o serviço e se apóiam ou não o tratamento. Dentre os onze entrevistados, dez disseram que os demais familiares apóiam o tratamento, concordando com a necessidade deste e acreditando que ele tem oferecido resultados positivos não só para o usuário, mas para toda a família. Apenas um respondeu que a família é indiferente ao tratamento. Entre as repostas mais frequentes se encontra a que destaca o papel positivo do CAPS no desenvolvimento do usuário e conseqüentemente na convivência familiar.

Questionados sobre o porquê de a família também necessitar do auxílio do CAPS, os entrevistados foram unânimes em responder que necessitam dos serviços oferecidos. Na fala do entrevistado nº3 podemos constatar o que foi comum entre a maioria dos entrevistados quanto a essa questão:

[O serviço do CAPS] é muito bom, porque a gente aprende até a lidar com o paciente, como agir nas crises. Ajuda muito, e até pra gente mesmo, que às vezes a gente tem alguma perturbação em casa aí é bom você chegar aqui e desabafar. O grupo de família tanto serve pra o paciente como pra o familiar (Entrevistado nº 3).

Embora haja um reconhecimento em torno da validade dos serviços do CAPS, observou-se que um número considerável de familiares entrevistados não tem conhecimento acerca do tipo de transtorno mental do usuário, o que nos faz pensar na presença de alguns fatores que podem concorrer para esse desconhecimento, a exemplo de como as informações relativas ao transtorno mental estão sendo repassadas pelos profissionais; em que medida elas são compatíveis com o nível de compreensão dos familiares; como o baixo nível de escolaridade desses familiares compromete uma melhor compreensão dos transtornos psíquicos; ou ainda como a questão cultural, historicamente construída em torno da doença mental, pode interferir nesse processo de conhecimento. Do ponto de vista legal (Lei

10.216/01) é direito do usuário, assim como de quem lhe acompanha no serviço, ter livre acesso a informação sobre sua doença. Sobre o desconhecimento observado, o entrevistado nº4 afirma:

Esse assunto saiu um dia aqui na reunião. [...] A gente vai, leva ele pra médico e fala... Eles passam a medicação e tal. Fala que ele tá bem, mas a gente não tem um diagnóstico certo de dizer assim: o seu filho tem tal doença! A gente não sabe, entendeu? Porque até a psicóloga mandou a gente exigir isso deles. Eu acho que tem muitos, muitos tipos assim de transtorno, mas a gente não sabe dizer o que, só sabe que ele não é normal, isso aí a gente sabe (Entrevistado nº 4).

Nesse depoimento destaca-se a não clareza no repasse das informações sobre o transtorno mental. Destaca ainda a necessidade dos familiares em conhecer o problema do usuário, que inclui a questão dos seus direitos. Presença nesse sentido, de uma lacuna entre o serviço ofertado e seus reais impactos para os que dele necessitam.

Quanto ao tempo de participação desses familiares no grupo a eles destinado, três participam há menos de um ano, quatro participam entre um e três anos e quatro participam há mais de três anos. Entre os motivos que os levaram a essa participação, a maioria alegou ter começado a frequentar as reuniões porque não sabia o que fazer diante da nova situação, não sabiam como cuidar do seu familiar, encontrando no grupo de família o caminho norteador para tal. Foi unânime também a afirmação de que sem o acompanhamento familiar o tratamento não seria completo.

Perguntados sobre em que aspectos as reuniões do Grupo contribuem na convivência com o transtorno mental, todos os entrevistados acreditam que as reuniões contribuem, no dia a dia e na orientação.

De acordo com Scharank e Olschowsky (2007), a convivência em grupo pode vir a possibilitar a participação, a valorização e a identificação nas e das experiências coletivas dos problemas de saúde, favorecendo uma visão mais ampla de tais problemas e a possibilidade de enfrentamento conjunto. Os entrevistados foram unânimes em responder que é fundamental estar em contato com outros familiares de pessoas em sofrimento psíquico. Sobre isso, destacamos as seguintes falas:

É muito bom [estar em contato com outros familiares]. A gente pode contar as coisas que acontece com a gente, os sofrimentos, ouvir o que as outras mães, as outras famílias passam. A gente tem umas informações boas aqui, aprende a como conversar com eles (Entrevistado nº2).

[...] A gente ouve muitos depoimentos diferentes, são casos diferentes, e, cada um tem um caso diferente que é muito importante a gente saber por que se teu usuário apresentar alguma diferença a gente já tá sabendo pelo do outro (Entrevistado nº8).

Os entrevistados disseram ainda que ouvir os outros e enxergar problemas maiores que os seus os tranquiliza, como pode ser observado nas falas dos entrevistados nº 11 e nº 4:

[...] É muito bom porque a gente vê problemas piores do que os nossos. Aí o caso da gente vai superando o de muita gente. Cada um tem um problema pra contar e às vezes o problema daquele que vai contando é mais agravante que o nosso (entrevistado nº 11).

É de muita importância [essa troca de experiências] porque a gente aprende a lidar melhor com eles [usuários], a gente entende mais eles [...] E ajuda muito a gente também, principalmente pelo assunto aqui de todos que contam sua história, às vezes até pior que a minha, ou de outra pior do que a da outra... e isso assim a gente toma parte do assunto de cada uma e flui. É muito bom, a gente se sente muito entrosada, assim, com o assunto, com o problema tanto da gente como do das outras (Entrevistado nº 4)

Observamos que, para as famílias, frequentar o grupo possibilita dividir a “carga” da convivência com o sofrimento psíquico. Os integrantes do grupo compartilham suas experiências individuais ajudando-se mutuamente, assim como também, é no grupo que eles buscam orientação para questões mais particulares.

Questionados sobre a existência de alguma dificuldade ou limitação para a participação no “Grupo de Família” sete entrevistados disseram não ter dificuldades, enquanto quatro afirmaram ter. Os dois motivos que surgiram como impedimentos para a participação no grupo foram: a baixa renda familiar, dificultando o acesso à instituição, que requer o pagamento de transporte público para tal e a falta de uma pessoa que possa ficar responsável pelos cuidados do usuário enquanto o familiar vai às reuniões do Grupo. É importante destacar que, se na atual política de saúde mental o papel da família se tornou tão relevante ao tratamento dos usuários, o Estado deveria no mínimo oferecer os meios básicos de acesso para essa efetiva participação.

Por fim, surgiu o questionamento acerca do que mudou na relação cotidiana entre a família e o usuário após o trabalho realizado pelo CAPS. Dos onze entrevistados apenas dois disseram não ter havido mudanças nessa relação. Enquanto nove afirmaram ter havido mudanças positivas e significativas no relacionamento familiar após o tratamento no CAPS.

Diante os dados coletados a partir das entrevistas podemos concluir que, na visão das famílias, o acompanhamento do CAPS tem sido satisfatório tanto no tratamento do usuário

como no apoio aos familiares, que em sua grande maioria, enxergam mudanças na relação família/usuário após os serviços da instituição. Entretanto, destaca-se também o aspecto problemático do pouco ou nenhum conhecimento acerca do transtorno mental por parte dos familiares e da necessidade de que o CAPS repasse informações mais claras e objetivas. Também podemos perceber que o “Grupo de Família” oferece sim, ainda segundo os familiares, uma contribuição significativa pra estas, pois, através dele, elas encontram suporte emocional para a convivência com o sofrimento psíquico, recebendo orientações e trocando experiências entre si, o que aparentemente facilita o convívio com os usuários.

5 CONSIDERAÇÕES

No presente estudo, buscamos analisar a concepção das famílias quanto ao trabalho realizado pelo CAPS e como este vem auxiliá-las no convívio com o sofrimento psíquico.

A inserção da família como parceira dos serviços públicos de saúde mental no cuidado aos usuários, surge a partir da proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica contemporânea, onde, esta ganha um papel central na busca da reabilitação psicossocial dos usuários. Ao mesmo tempo, a família também necessita do apoio do serviço de saúde, pois, é comum a presença de uma série de dificuldades e desafios na convivência com o transtorno mental, sendo ela mesma propensa ao adoecimento.

Assim, o trabalho realizado pelas equipes dos CAPSs deve ter uma proposta compartilhada, deve oferecer apoio às famílias num sistema de parceria, articulando os objetivos do tratamento e as demandas dessas famílias, na perspectiva da promoção da saúde física e mental tanto do usuário como daqueles que o acompanham.

Os citados CAPSs oferecem um conjunto de atividades, dentre as quais destacamos a formação dos “Grupos de Família”. Tais grupos representam um espaço dinâmico onde há a possibilidade da troca de experiências e há acesso a informações. De acordo com Siqueira (2008), o trabalho com grupos consiste em buscar coerência entre o pensar, sentir e agir. É preciso partir do que o grupo traz como manifesto explícito para se chegar ao manifesto implícito. A proposta do grupo é promover mudanças individuais nas relações grupais.

No tocante aos serviços do CAPS II-CG, locus da pesquisa que originou esse trabalho, observamos que as famílias acreditam que tais serviços têm rebatido positivamente no tratamento oferecido aos usuários, considerando inclusive, que boa parte deles veio de

instituições psiquiátricas, cujo modelo assistencial foi pautado no confinamento dos sujeitos. Assim, estas famílias veem o CAPS como um símbolo de ruptura com o modelo repressor, que possibilita a convivência “harmônica” entre familiares e usuário. Quanto às atividades direcionadas diretamente à família, os entrevistados acreditam que a instituição oferece apoio e acesso a informações mais gerais, deixando a desejar no tocante ao repasse de informações sobre o tipo de transtorno que tem o usuário. Portanto, em geral, as famílias avaliam positivamente o trabalho do CAPS, mesmo reconhecendo algumas limitações nesse trabalho e na própria convivência com o transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F. et al. Uma breve história da Reforma Psiquiátrica. In: **Neurobiologia**. N° 72. Recife, 2009. p. 85 – 96.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BEZERRA, M. T. **O processo de desinstitucionalização em saúde mental no município de Niterói**. 2010. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BORBA, L.; SCHAWRTZ, E.; KANTORSKI, L. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. In: **Acta Paul Enfermagem**: São Paulo, 2008. p. 589 – 594.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 336-02**: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. 2002a. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_336_02.asp>. Acesso em: 02 Jun. 2012a.

BRASIL. Casa Civil. **LEI nº. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 28 Mai. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 Anos depois de Caracas**. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, 2005.

CARVALHO, I. M. M. de; ALMEIDA, P. H. de. Família e Proteção Social. In: **Revista São Paulo em perspectiva**. São Paulo, 2003. p. 109 - 122.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In: **Serviço Social e Sociedade**. N° 55. São Paulo: Cortez, 1997.

ROSA, L. C. dos S. **O Nordeste no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira**. II Jornada Internacional de Políticas Públicas. *Anais...* São Luis: UFMA, 2005a.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. In: **Psicologia em Revista**. V.11. N° 18. Belo Horizonte, 2005b. p. 205 - 218.

SCHARANK, G; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. In: **Rev. Esc. Enfermagem**. USP, 2007. p. 127 - 134.

SERACOPI, G. C. A.; SERACOPI, R. **História**: volume único. São Paulo: Ática, 2005.

SIQUEIRA, M. M. N. da T. Famílias: uma experiência de trabalho com grupo. In: **Revista Ciências Humanas**. V 1. N° 2. Talbaté: Unital, 2008. p. 02 - 14.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- **Perfil Socioeconômico:**

1. **Idade:**

2. **Sexo:**

Masculino Feminino

3. **Escolaridade:**

Sem instrução Alfabetizado Ensino Fundamental incompleto

Ensino Fundamental completo Ensino Médio incompleto

Ensino Médio completo Ensino Superior incompleto

Ensino Superior completo

4. **Moradia:**

Própria Alugada Cedida Invadida

5. **Estado civil:**

Solteiro(a) Casado(a) Outros

6. **Quantas pessoas residem na sua casa?**

7. **Renda Familiar:**

1 Salário mínimo 2 a 3 Salários mínimos Mais de 3 salários mínimos

- **Questões Específicas**

1. Qual o seu grau de parentesco com o usuário?

2. Qual a importância dada pela sua família ao serviço do CAPS?

3. Você sabe por que a família também necessita do auxílio do serviço?

4. Qual o seu conhecimento acerca do transtorno mental do seu familiar?
5. Como chegou a esse conhecimento (acerca do transtorno)?
6. Há quanto tempo participa do “Grupo de Família”? Quais os motivos que levaram a sua participação?
7. Em que aspectos as reuniões do Grupo contribuem na sua convivência com o transtorno mental?
8. Existe algum tipo de dificuldade ou limitação para a participação no Grupo?
9. Você acredita ser importante estar em contato com outras famílias que também convivem com portadores de transtornos mentais?
10. O que mudou na relação cotidiana entre a sua Família e o usuário após o trabalho realizado no CAPS?

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de parecer do CEP – UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

CAAE: 0265.0.133.133-11

PARECER: APROVADO (x)

NÃO APROVADO ()

PENDENTE ()

TÍTULO: O GRUPO DE FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÃO DA INSERÇÃO FAMILIAR NA
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): TEREZA CRISTINA RIBEIRO DA COSTA

ORIENTANDO (A): ALLINY RAIANNY ÂNGELO ALVENTINO

PARECER:

Ao reavaliarmos o presente projeto, verificamos que foram realizados os devidos ajustes no âmbito metodológico, no que diz respeito aos critérios de inclusão e exclusão, bem como ao universo e à amostra. Assim sendo, fundamentando-se na Resolução 196/96 do CNS/MS, que disciplina a matéria em análise; como também a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendo pela aprovação deste protocolo de pesquisa.

Campina Grande, 23 de setembro de 2011.

RELATOR: 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Denúcia Pedrosa da Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B – Comprovante de Aprovação – UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE SISNEP

 **Andamento do projeto - CAAE - 0265.0.133.133-11** 

Título do Projeto de Pesquisa				
O GRUPO DE FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÃO DA INSERÇÃO FAMILIAR NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	09/06/2011 12:32:47	04/10/2011 14:05:28		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	09/06/2011 12:32:47	Folha de Rosto	0265.0.133.133-11	CEPV
3 - Protocolo Aprovado no CEP	04/10/2011 14:05:28	Folha de Rosto	0265.0.133.133-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	23/05/2011 15:37:52	Folha de Rosto	FR430988	Pesquisador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Universidade Estadual da Paraíba

Comitê de Ética em Pesquisa

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu,
_____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a
participar da Pesquisa: O “GRUPO DE FAMÍLIA”: CONTRIBUIÇÃO DA INSERÇÃO
FAMILIAR NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO PORTADOR DE TRANSTORNO
MENTAL.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “O ‘Grupo de Família’: contribuição da inserção familiar na reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental” terá como objetivo geral analisar, a partir da percepção das famílias, a contribuição do trabalho realizado pelo “Grupo de Família” no CAPS II – Campina Grande na reabilitação do seu familiar usuário.

Ao voluntário só caberá a autorização para ser entrevistado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe

científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9993-2235, e falar com Alliny Raianny Ângelo Alventino. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante