



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

NADIELE LEITE MATOS

SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: fortalecendo vínculos entre familiares e usuários no
CAPS de Cruz das Almas-BA.

CACHOEIRA

2014

NADIELE LEITE MATOS

SAÚDE MENTAL E CIDADANIA: fortalecendo vínculos entre familiares e usuários no
CAPS de Cruz das Almas-BA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado da graduação em Serviço Social do Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Msc. Marcela Mary José da Silva

CACHOEIRA

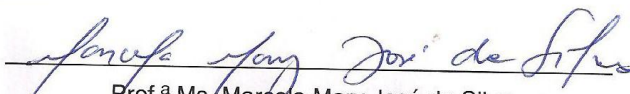
2014

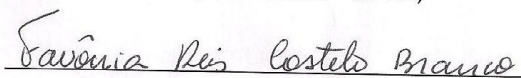
NADIELE LEITE MATOS

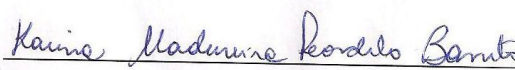
SAÚDE MENTAL E CIDADANIA:
FORTALECENDO VÍNCULOS ENTRE FAMILIARES E USUÁRIOS DO CAPS DE CRUZ DAS
ALMAS-BAHIA

Cachoeira – BA, aprovada em 09/04/2014.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Ms. Marcela Mary José da Silva
(Orientadora – UFRB)


Prof.ª Ms. Favônia Reis Castelo Branco
(Membro Interno – UFRB)


Bel.ª Karina Madureira Lordelo Barreto
(Membro Externo)

À memória da minha vó materna Maria das Graças e aos meus pais, Tania e Bartolomeu.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar e continuar em frente mesmo nos momentos mais difíceis, ao meu irmão, Nathan pelo companheirismo, aos meus tios: Márcia, Carlos e Denis e ao meu avô Benedito pelo constante apoio. Ao meu avô paterno, Antônio (In Memoriam), que infelizmente não tive a oportunidade de conviver, mas com toda certeza estaria feliz com mais essa conquista. À professora Márcia Clemente e a professora Rosenária pelo apoio no momento mais difícil. Agradeço a professora Heleni pelas contribuições e atenção, a professora Marcela pelas orientações, responsável por esse trabalho. A todos os outros mestres e doutores que aqui não foram citados, mas saibam que devo também a vocês, muito obrigada por compartilhar seus conhecimentos. Agradeço também a todos os meus professores do infantil e colegial, sem dúvidas vocês são à base de tudo isso, para vocês o meu muito obrigada. Aos meus colegas de sala, pelo companheirismo e amizade, aos meus amigos, familiares e todas as outras pessoas que indiretamente contribuíram. E principalmente a minha vó Maria das Graças (In Memoriam) que tanto almejava por isso, de onde você estiver vó, essa conquista é para ti.

RESUMO

Meu objeto de estudo é a relação entre os portadores de transtorno mental com seus familiares. Minha principal motivação para desenvolvê-lo da minha monografia nessa temática, foi devido a um problema psíquico que sofri há alguns anos, Síndrome do Pânico e a parti daí notar quão desenformada as pessoas são quando se trata de problemas mentais e ao mesmo tempo inúmeras pessoas sofrem de algum problema mental. Então me propus a debruçar nesse caminho, indo em busca de conhecimentos para que de alguma forma eu possa futuramente contribuir para a sociedade no que tange a saúde mental. Primeiramente busco fazer um panorama histórico e social dos fatores que contribuíram para a eclosão da necessidade de um Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nessa retomada veremos acontecimentos marcantes na história do nosso País, observamos a Reforma Sanitária que possuía os mesmo ideais da Reforma Psiquiátrica, momento também da implantação de uma ditadura no país, a Ditadura Militar. A partir dessa retomada histórica busco por discutir os direitos que foram negados aos portadores de transtorno mental e parto para os serviços substitutivos me detendo ao CAPS de Cruz das Almas- Bahia. Quais as medidas que os CAPS tomam como forma de tratamento? Qual a importância dessa conquista? Como os CAPS permitiu a reinserção dos usuários no seio familiar e social? Quais os avanços? Quais os desafios? Serão algumas das questões que eu tentarei debater. Em seguida farei uma entrevista semiestruturada a ser aplicado a três familiares de usuários do CAPS de Cruz das Almas- BA, local onde realizarei meu estágio II E III, que também já estiveram internados em alguma instituição manicomial. Minha intenção será fazer um panorama do quadro do paciente quando estava na instituição manicomial com a atual, recebendo tratamento do Caps. A partir dessa ideia central desenvolverei a entrevista em cima das ideias que já foram citadas logo a cima e também provocarei esses familiares a me relatarem sobre suas compreensões da importância do CAPS na reabilitação dos seus usuários. Certamente esses familiares desconhecem a história da Reforma Psiquiátrica, então procurarei da forma mais simplificada possível questioná-los sobre os serviços de atendimento aos usuários, provocando-os de como era antes e qual a importância dessas mudanças na evolução dos usuários.

Palavras-Chaves: Saúde Mental. Portadores de transtorno mental. Serviços substitutivos. CAPS. Família.

ABSTRACT

My object of study is the relationship between the patients with mental disorders and their families. My main motivation to develop this theme of my monografia, was due to a psychological problem that I suffered a few years ago, Panic Syndrome and left there desenformada notice how people are when it comes to mental problems while countless people suffer from behavior problems. So I proposed myself to dwell on that path, going to the pursuit of knowledge that somehow I can eventually contribute to society when it comes to mental health. First seek to make a historical and social overview of the factors that contributed to the outbreak of the need for psychiatric reform in Brazil. This resumption will see significant events in the history of our country, we observe the Healthcare Reform that had the same ideals of Psychiatric Reform, now also deploying a dictatorship in the country's military dictatorship. From this historical resumption seek to discuss the rights that were denied to patients with mental disorders and birth for substitute services holding me to CAPS Cruz das Almas, Bahia. Which measures the CAPS take as treatment; How important this achievement; How the Caps allowed the reinsertion of users within the family and social; • What progress?; What challenges?; Are some of the issues I will try to discuss. Then I will make a semistructured interview to be applied to three family members of the CAPS - Ba Cruz das Almas, where accomplish my stage II and III, which has also been admitted to a mental hospital. My intention is to make an overview of the patient's condition when he was in the mental hospital with the current receiving treatment CAPS. From this central idea will develop the interview on the ideas that have already been mentioned immediately above and also provoke these family members to report me about their understanding of the importance of CAPS in their rehabilitation. Certainly these families are unaware of the history of psychiatric reform, then searched in the most simplified form question them about care services to users, causing them what it was like before and how it is and the importance of these changes in the evolution of the users.

Keywords: Mental Health. Patients with mental disorders. Substitute Services. CAPS. Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1.SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	11
1.1. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	12
1.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	15
1.3. SAÚDE MENTAL E CIDADANIA.....	20
2.CONSTRUINDO CAMINHOS: ALTERNATIVAS NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	22
2.1. A REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	22
2.2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	25
2.3. O PAPEL DAS FAMÍLIAS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL.....	30
3.O LÓCUS DA PESQUISA.....	40
3.1. O CAPS DE CRUZ DAS ALMAS.....	40
3.2. ENTREVISTA SOBRE PACIENTES DO CAPS DE CRUZ DAS ALMAS COM LONGO PERÍODO EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS PELA ÓTICA DE SEUS FAMILIARES.....	42
CONSIDERAÇÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS.....	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca mostrar a relação família e portador de transtorno mental do CAPS de Cruz das Almas- Bahia que passaram algum período de suas vidas internados em instituição psiquiátrica. Primeiramente é necessário fazer um apanhado histórico.

Primeiramente busquei por falar brevemente de dois acontecimentos de suma relevância para a sociedade brasileira no que tange o campo da saúde. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica foram sem dúvidas grande marco no avanço da saúde no Brasil. A partir dessa volta a um passado não tão distante, mostrando como a loucura era vista na sociedade, o papel dos hospitais psiquiátricos, o que este exercia para as pessoas que sofria de algum distúrbio e os seus impactos na vida destes. Mostro como se deu e porque se efetivou a preocupação de uma luta contra esses hospitais psiquiátricos. Visto que uma pessoa que não exercia sua plena faculdade mental era descartada do meio social, considerada um risco para a organização daquela dada sociedade. A estas cabiam a internação, onde seu quadro de saúde era gravemente comprometido devido aos maus tratos e constantes atos de violência.

Essas instituições psiquiátricas geridas pelo capital, com o único intuito de geração de lucro, desrespeitavam esses internos. Estes não possuíam direito, não exerciam sua cidadania. O que importava para os grandes empresários era a riqueza que essas pessoas lhe propiciavam, por isso voltando aos arquivos dessas instituições pode-se observar a grande quantidade de pessoas que eram internadas, sendo que esses hospitais não tinham suporte para abarcar tanta gente. Joaquim Maria Machado de Assis grande autor da literatura brasileira traz uma obra de importante conteúdo no que tange esse mundo da luta antimanicomial: "O Alienista". Escrita ainda em papéis avulsos em 1882 que conta a história de um médico que estudava a loucura. Este acaba por construir uma casa, e nessa casa ele coloca todos os loucos da cidade e volta a sua vida para o estudo da loucura, acabando por internar todas as pessoas da cidade por qualquer motivo plausível que considerava anormal. Essa obra é sem dúvida o ponto de partida para quem deseja entender e estudar o campo da saúde mental e como se deu a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Após todo esse apanhado volto-me para a sociedade pós essa “Reforma”, quais os impactos ela causou no contexto da sociedade brasileira. Quais os direitos as pessoas com transtorno mental passou a exercer, mostro o peso que a Reforma Psiquiátrica trouxe garantindo a ressocialização dos portadores de transtorno mental com a sociedade e a família a partir dos serviços substitutivos, de uma rede de cuidados em saúde mental.

Chego aos CAPS um serviço substitutivo, abarco sobre os diversos tipos de CAPS sem desconsiderar as outras conexões que fazem parte dessa rede de cuidados em saúde mental. Até o CAPS de Cruz das Almas que fiz estágio durante dois semestre, onde foi um campo que me proporcionou um grande abarque teórico e prático. Pude perceber e me conectar mais diretamente como o mundo da psiquiatria, da saúde mental, a partir de observações, conversas, visitas domiciliares. Pude perceber a questão social presente ali, os diversos motivos que ocasionaram o transtorno mental: tragédia familiar, desemprego... Esse estágio me permitiu um leque de conhecimentos que aplico nesse trabalho e sem dúvidas levarei por toda minha vida.

Chego ao meu objeto de estudo, as famílias, depois das minhas observações no CAPS pude notar que os laços familiares eram fragilizados com alguns usuários. Então me propus a entender a partir dessas famílias o quadro desses portadores antes e após o CAPS. Deixando claro que procurei pessoas que já estiveram internadas em hospitais psiquiátricos. Busquei a família, pois esta tem um olhar mais amplo do quadro de saúde desses portadores e ao mesmo tempo por trazer essas famílias ao CAPS, num processo de interação. Não busquei apenas retirar informações, conversamos, ouvia essas famílias ao mesmo tempo em que mostrava a importância delas na vida destes e orientando vez ou outra determinada questão que surgia.

Esse trabalho busca mostrar a importância dos serviços substitutivos no mundo da saúde mental, principalmente abarcando sobre o CAPS de Cruz das Almas e a interação família e usuários. Destacando como o processo da luta antimanicomial trouxe avanços importantíssimos para a sociedade brasileira e também da Constituição Federal de 1988 que garantia uma série de direitos aos portadores de transtorno mental. Houvera muitos avanços, mas fica explicito nesta monografia que ainda há muito a se alcançar, que a luta não acabou, tem-se muito a conquistar. Os portadores de distúrbio mental ainda sofrem muito preconceitos e

ainda são constantemente marginalizados, principalmente no seu seio familiar. Estes ainda são desrespeitados mesmo com todos avanços e conquistas alcançados, nega-se seus direitos e são impedidos de exercer sua cidadania muitas vezes, sem falar do abandono, descaso e desprezo. A rede de cuidado em saúde mental é uma grande conquista de todo um movimento social, profissionais da área de saúde e familiares de portadores de transtorno mental, enfim, de toda sociedade civil que lutaram durante décadas por respeito aos direitos das pessoas com transtorno psíquico, porém, muitos avanços precisam acontecer em prol da efetivação definitiva ao respeito a todos sem exceção.

1. SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIATRICA

Este capítulo pretende fazer um mapeamento históricos de dois acontecimentos marcantes que modifica totalmente o cenário social brasileiro no que tange o campo da saúde. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, ambas decorrem no mesmo período histórico é interligadas, mas independem uma da outra. Abarcarei sobre esses dois acontecimentos na sociedade brasileira em seguida debato a saúde mental e a cidadania, visto que as pessoas que sofrem de transtorno mental são estigmatizadas e excluídas do meio social principalmente quando não existiam os serviços substitutivos, onde estes eram encaminhados para hospitais psiquiátricos.

1.1. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Na década de 1970 eclodiram na sociedade duas “reformas” que modificaram totalmente o cenário social brasileiro: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica no que se refere ao campo da saúde. Ambas possuem características comuns, mas cada uma com a sua própria história, seu próprio desdobramento. Para se falar dos CAPS é necessário antes de tudo fazer uma retrospectiva e apanhar essas “reformas”. A partir desse conhecimento pode-se tomar com mais propriedade sobre os Caps.

Falar sobre a Reforma Sanitária Brasileira nos instiga a voltarmos ao passado, no Brasil Colônia. Não havia no Brasil uma rede sanitária, destaque para os curandeiros utilizando suas ervas como forma de medicamento e os boticários manipulando as formulas descritas pelo os médicos ou até mesmo por parte destes. Só com a vinda da família Real ao Brasil em 1808 que se pensou em implantar uma estrutura sanitária mínima.

Com a Proclamação da República a falta de um modelo sanitário no País desencadeia diversas doenças: varíola; malária, febre amarela e posteriormente a peste. Rodrigo Alves presidente do Brasil nomeia o médico Osvaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública com o objetivo de erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro. As medidas tomadas não foram as melhores possível, invadiam as casas da população queimavam colchões e roupas desencadeando uma revolta, posteriormente propôs uma vacina anti- varíola obrigatória, processo que desencadeou a Revolta da Vacina. Tudo isso se deu pela falta de informação, gerando uma onda de opressão declarando-se uma guerra. Já em 1920, Carlos Chagas sucessor de Osvaldo Cruz traz justamente o que faltava a estruturando o Departamento Nacional de Educação Sanitária, antes era uma ação puramente fiscal e policial, no momento a medida é tomada por base na informação.

Posteriormente vem a industrialização e com ela péssimas condições de trabalho, restando aos trabalhadores com única forma de lutar por seus direitos, a greve. Por meio das greves que estes conquistaram direitos indispensáveis ao longo do tempo, claro com muitos empecilhos e resistências. Mas até o final dos anos 1950 a assistência médica não era prioridade, já na ditadura militar, a saúde priorizava a cura da doença não havia uma política de prevenção. Com o movimento

das Diretas Já, e a eleição de Tancredo Neves se deu o fim do regime militar ocasionando vários movimentos sociais. A partir desse breve histórico debatarei adiante mais precisamente a Reforma Sanitária e seus desdobramentos no cenário social brasileiro. (Informações retiradas do Youtube,2014)

A Reforma Sanitária inicialmente surge como uma ideia no seio dos movimentos sociais e com a criação do Centro Brasileiro de Estudo e Saúde (CEBES), se tem um espaço de discussão de determinada parcela da sociedade civil, estudantes, profissionais de saúde, trabalhadores. A ideia da Reforma Sanitária surge na verdade de um campo fértil de contestações, debates, sofrimentos, calamidades motivadas pela falta de uma rede sanitária que abrangesse toda a população. Com a criação da CEBES ocasionou com a publicação: Saúde e debate que já trazia a ideia do direitos a saúde e uma proposta de Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um sistema de saúde, transformou-se em projeto, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, desenvolveu-se como processo desde então especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é simultaneamente uma proposta, um projeto, um movimento e um processo.
Jairnilson Paim (2008).

A Reforma Sanitária ou mais precisamente “movimento” sanitário aqui no Brasil, por esse termo referir-se a algo contínuo, processual e inacabado se estabelece no Brasil na década de 1970. O movimento que surge devido à indignação por parte da sociedade civil ao triste quadro de falta saúde vigente. A grande massa da população era desassistida do direito à saúde, vulnerável a diversas doenças. Por isso diversos atores sociais de variados grupos: universitários, profissionais de saúde, trabalhadores, passam a debaterem e debruçarem por propostas que mudem esse quadro.

O ápice da Reforma Sanitária se dá na VIII Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram sobre a implantação no Brasil de um novo modelo de saúde:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

Sergio Arouca (1998).

Por base dessa Conferência todos os cidadãos sem exceção teriam direito a saúde, deveriam ser garantindo à população ações de cunho não só curativo, mas também preventivos. Essa Conferência foi sem dúvidas uma grande conquista para a sociedade no que tange a política de saúde. Como consequência de toda essa luta, de debates, questionamentos, imposições que o Brasil vai ter com o fim da Ditadura Militar e a nova Constituição de 1988, um novo Sistema de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde foi criado para que toda a população brasileira tenha acesso a todo atendimento público de saúde. O SUS deve garantir os direitos básicos de saúde a todos. O SUS se define por sua: universalidade; integralidade e por ser igualitário: a saúde como direito de todos sem discriminação; exclusão; segregação, garantindo desde uma simples consulta à medidas mais complexas, a exemplo de programas de incentivo ao não uso das drogas.

Antes da Constituição de 1988 só tinha direito aos serviços públicos os trabalhadores com carteira assinada por meio do Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Quem não tinha carteira assinada restava à caridade, as entidades filantrópicas, as Santas Casas de Misericórdia. Com essa Constituição se tem uma ampliação do direito de acesso, todos os indivíduos contribuintes ou não passam a ter direito de acesso aos serviços públicos: educação, saúde etc. Isso mostra o avanço que a Constituição de 1988 veio trazer no campo social, garantindo a todos sem discriminação o direito de acessar os bens públicos. De fato é um grande marco para o desenvolvimento social brasileiro.

1.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Contemporânea à Reforma Sanitária há a Reforma Psiquiátrica brasileira já no final da década de 1970. Mesmo sendo contemporâneas e com objetivos em comuns, ambas possuem a sua própria trajetória. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) incorpora-se ao Movimento Sanitário. A década de 1970 também foi um período marcado por graves denúncias das instituições psiquiátricas, por violências voltadas para os usuários, seja por meio de castigos físicos a exemplo do eletrochoque e pelas péssimas condições de trabalho.

É evidente a importância da Reforma Sanitária para a sociedade brasileira. Um país que não existia uma atenção de rede de saúde, pessoas morriam por não receberem nenhum tipo de assistência, a qualidade de vida era bastante miserável e por meio dos movimentos sociais consegue-se ter expressivos avanços até alcançar-se a implantação de um Sistema Integral, Universal e Igualitário, o Sistema único de Saúde (SUS). Não deve desconsiderar em hipótese alguma as deficiências do SUS que são muitas: pessoas esperando meses para conseguir marcar uma consulta; realizar exames; prontos socorros lotados com usuários nos corredores; dificuldade na gestão e principalmente a falta de recursos. Ainda há muito a se conquistar, a luta ainda é bastante árdua, mas não se pode desconsiderar em hipótese alguma tudo o que já foi conquistado, tendo, portanto, a consciência que ainda há muito a se alcançar, com o objetivo sempre de conquistar uma saúde cada vez melhor.

É notório que os transtornos mentais vem se alastrando durante muito tempo aqui no Brasil, segundo FRAGA et al. (2006), este se dá desde o Descobrimento do Brasil, onde segundo elas, essas pessoas poderiam transitar livremente pela sociedade durante os três primeiros séculos, mas que por causa do desenvolvimento social, a convivência com essas pessoas se tornavam intoleráveis.

O fenômeno singular conhecido como loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades, inclusive em sociedades identificadas como primitivas. Foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais. Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora

combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestavam nos diferentes contextos.

José Augusto Bisneto (2011, p.173).

Com o advento da Idade Média, período que vai do século X até o século XV a loucura passou a ser vista como a falta da razão, fora dos padrões de convivência da sociedade. Chegando a Idade Contemporânea a loucura passou a ser apropriada pela medicina e tudo o que era antes considerado anormal se tornou patológico, ou seja, a loucura passou a ser vista como uma doença. Daí já se percebe como “algo” pode ser visto de forma diferente por distintas sociedades, o que se pode ser considerado adequado em uma dada sociedade, pode ser visto como inadequada em outra.

Começa-se então a internar esses loucos em instituições específicas, na verdade era mais um aprisionamento dessas pessoas, as instituições não tinha caráter médico. Até que o médico Philippe Pinel, o pai da psiquiatria decide separar cada tipo de louco para assim estudá-los e colocam nos primeiros manicômios tirando-os das correntes. No entanto, essas pessoas recebiam diversos maus tratos: como eletrochoques, a lobotomia. Existia uma questão financeira por trás, o setor público além de financiar os asilos, os hospitais psiquiátricos eram vendidos para o setor privado que lucrava bastante. Além dos loucos começaram a serem internados os excluídos da sociedade: alcoólatras; mendigos; leprosos; loucos, dentre outros. Isso causou superlotação, prisões, torturas, falta de saneamento, maus tratos, superdosagem, falta de medicamentos... Na verdade essas pessoas deixavam de ser um cidadão eram considerados como uma ameaça à sociedade.

Lucia Rosa(2011) diz que nas sociedades pré-capitalistas quem tinha por corresponder ao louco e a loucura era a família, quando não existia a família ou esta não conseguia controlar, esta questão se tornava pública ou remetida ao Rei. Com o iluminismo, valoriza-se o homem, o homem burguês que possui a razão, quem não possui essa racionalidade era excluído da sociedade, segregado, até porque a sociedade burguesa visa o lucro, a produção, a produtividade e a “loucura” era vista como improdutiva.

A burguesia equacionou o problema político que representava a loucura delegando mandato à psiquiatria, que deslucou o problema essencialmente político que ela representava para a alçada técnica. Ao tornar a loucura administrável, medicalizou-a. A medicalização da loucura arbitrou um novo status jurídico, social e civil para o louco, agora alienado, doente, um agente incluído em um outro código que a lei francesa de 1838 fixou num estado de minoridade social, equiparando-o à criança e, por isso, tornou o louco uma pessoa tutelada pela psiquiatria. Além da minoridade social, associa médica e juridicamente à figura do louco de condição de periculosidade (risco), como categoria jurídica e moral que antecede a sua vida civil[...] A internação em um estabelecimento específico – o asilo – passa a ser o elemento determinante, o qual condiciona o status de alienado, “doente mental” ao louco.

(p.45-46).

VASCOCELOS et al. (2010) fala da reemergência em 1978 dos principais movimentos sociais no país após um longo período de repressão do regime militar que impossibilitava a liberdade de expressão por parte da sociedade civil no país, falando do destaque do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental dentro dos movimentos sociais e que daí se dará “um forte processo de questionamento das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época”. A sociedade passará a se impor contra o asilamento e pela a humanização dessas instituições, contra as formas repressivas destas e também ocorreram as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais. Divide em cinco períodos: o primeiro vai denominar como a mobilização da sociedade civil contra o asilamento dessas instituições psiquiátricas e também do cunho plenamente mercantilista.

[...] A emergência do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM): juntamente com os demais movimentos sociais populares que emergem nesse ano de 1978, o MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas que ganha corpo com a visita de lideranças mundiais da psiquiatria crítica, principalmente de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália. Uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte, apesar de algumas de suas lideranças pertencerem ao serviço público[...].

(p.23)

No segundo período como a expansão do modelo sanitarista:

No Rio de Janeiro se iniciou em 1980 o processo chamado de “ Co-Gestão” entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência para administração dos hospitais públicos, que permitiu, por um lado, a abertura de um importante espaço político para lideranças do MTSM implementaram processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e, por outro, preparou o terreno para o lançamento do Plano CONASP em 1982-83, que possibilitou a implementação gradativa em todo país do modelo sanitista das chamadas “Ações Integradas de Saúde” – que desaguaram mais tarde no Sistema Único de Saúde, tal como foi consagrado na I Conferência Nacional de Saúde de 1986e na Constituição Federal de 1988.

(p.24)

No terceiro período se tem o “Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987 – 1992.” E no quarto período o “Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; “Desospitalização Saneadora” e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Emergência das Associações de Usuários e Familiares: 1992-1995.” E o quinto período pelo “Limites à Expansão da Reforma no Plano Federal Tendo em Vista as Políticas Neoliberais do Governo FHC; Aumento do Desemprego, Miséria e Violência Social; Consolidação e Difusão dos Serviços de Atenção Psicossocial no Plano Municipal:1995-?”

Grande marco na história da Reforma Psiquiátrica foi o projeto de lei 3.657/89, conhecido por lei Paulo Delgado que proibiu a contratação de novos leitos e destinação dos recursos públicos voltados para a criação de entidades não manicomiais. Kyrillos Neto (2003) diz que houve:

[...] o fechamento de um conjunto significativo de hospitais psiquiátricos que não atendiam minimamente a critérios básicos de assistência. Foram implantados serviços substitutivos ao modelo tradicional, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e os chamados serviços de atenção diária, de base comunitária, que são cerca de 250 em todo o país

Vale deixar explicitado que a Reforma Psiquiátrica não se deu tão facilmente, pois houve a intromissão dos donos dos manicômios que recebiam elevadas verbas do setor público. Essa assertiva fica mais visualizada com as autoras: Maria de

Nazaré de Oliveira(2006); Ângela Maria de Alves(2006) e Souza e Violante Augusta Batista Braga(2006) que abordam sobre a temática na Revista Acta Paulista de Enfermagem. Elas abordam ainda outras temáticas de grande relevância. Dentre as quais, falam da exclusão social dos usuários e como esta se complicou ainda mais com a instauração da Ditadura Militar em 1964, onde a assistência psiquiátrica incorporou-se na previdência social.

Fazendo um levantamento no processo histórico psiquiátrico brasileiro podemos observar grandes transformações, tanto no âmbito de preservação da pessoa enquanto humana, quanto do sistema social em geral.

Devido a essa “reforma” no mundo da psiquiatria, da luta antimanicomial que acarretará nos serviços substitutivos, a exemplo dos Caps.

1.3. SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

A cidadania é um tema bastante discutido no campo da saúde mental. Com o fim da ditadura militar no Brasil se abre um período democrático, onde todos sem exceção têm direitos: individuais, civis, sociais... Nesse contexto democrático no país toda sociedade civil luta pelo direito a cidadania, havendo restrições quanto ao portador de doença mental.

O Art. 5º da Constituição Federal de 1988 fala que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]”.

Isso mostra que a partir dessa Constituição, o Estado brasileiro se torna um Estado desvinculado com qualquer tipo e forma de preconceitos. Quando se fala que “todos são iguais perante a lei” é que todo indivíduo possui os mesmos direitos e deveres amparados por Lei, no qual uns devem respeitar os outros.

No entanto vimos que por um grande período histórico os portadores de distúrbio mental não eram respeitados. Avanços houveram com a Constituição de 1988, mas é evidente que esses portadores não exercem plenamente a sua cidadania. Quando se interna a forças uma pessoa numa instituição psiquiátrica viola-se o seu direito de escolha. No Art. 5º, parágrafo II diz: “II - ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei;”. Mesmo previsto em Lei, isso nem sempre acontece.

Com a Reforma Psiquiátrica, os portadores de transtornos mentais começam a exercer sua cidadania. O Dicionário Aurélio define a palavra “cidadania” como “s.f. Qualidade de cidadão”. O site Significados.com traz uma definição mais ampla: “Cidadania é o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais estabelecidos na constituição” Karl Marx definiria modo como: “se organiza a produção das riquezas sociais que pode vir a assegurar a igualdade entre todos os indivíduos, no que tange à sua participação na condução dos negócios coletivos”. Em síntese, cidadania significa que todos os indivíduos possuem os mesmos direitos e deveres na esfera social.

São reinseridos na sociedade, no âmbito familiar, passam a serem respeitados e “tratados como cidadãos”. Exercer a cidadania é direito de todos,

segundo a Constituição Federal de 1988. Os portadores de doença mental não devem ser excluídos de tais direitos, como era vivenciado na grandes instituições psiquiátricas públicas e privadas. “De fato pelas peculiaridades cientificamente estabelecidas quanto à categoria doença mental, o doente é despojado de seus direitos jurídicos e civis, tornando-se dessa maneira um não-cidadão”. (AMARANTE, 1996, p.15).

Os portadores de transtorno mental não teriam condições racionais para exercer plenamente seus direitos. A desinstitucionalização foi de suma importância para o reconhecimento desses portadores de transtorno mental como indivíduos plenos de sua cidadania. Para Amarante(1996):

Melhor dizendo, não se trata de, com base na ideia de cidadania como valor universal admitir sua extensão a todo o tecido social trata-se, sobretudo, de ampliar ou diversificar, em um prático trabalho de desinstitucionalização, o próprio conceito de cidadania, no sentido de admitir a pluralidade dos sujeitos, com suas diversidades e diferenças num mesmo patamar de sociabilidade. Trata-se ainda de não deixar o louco viver a sua loucura, porem em um novo contexto de cidadania, dar-lhe o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos.

O processo do movimento da luta antimanicomial foi de importante relevância no que tange o direito à cidadania, permitindo a ressocialização dos portadores de transtorno mental com a sociedade e com sua família, garantindo-lhes o exercício de seus direitos. Esses sujeitos são reinseridos na sociedade, contra a velha prática de exclusão, violência e enclausuramento. Uma ressocialização em parte, não incisivamente, pois os direitos ainda são desrespeitados em todas as esferas.

2. CONSTRUINDO CAMINHOS: ALTERNATIVAS NO TRATAMENTO DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Este capítulo abordará sobre os serviços substitutivos, e se deterá nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). E por fim irá abordar sobre a relação da família com os portadores de transtornos mentais.

2.1. A REDE DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Os serviços substitutivos se constituem um avanço extraordinário no mundo da saúde mental. Visam a reinserção dos indivíduos na sociedade e no ambiente familiar. Com atividades interdisciplinares além de proporcionar a interação, a convivência entre sujeitos que possuem os mesmos transtornos garantindo assim, a troca de experiência, além:

Os estabelecimentos procuram oferecer o maior número de atividades alternativas para a reabilitação (o que é importante, pois os usuários precisam ter opções de escolha por algo com que se identifiquem), mas a questão é que, à medida que os estabelecimentos tratam as atividades de forma reificada, eles tendem a equalizar as práticas em termos de efeito social: as oficinas se equivalem, as terapias se equivalem etc. Nós vivemos em uma sociedade estruturada em função da produção econômica, dividida em classes sociais: a reabilitação social através do lazer ou da afetividade não é equivalente à conduzida por uma atividade de produção (cooperativas de trabalho, por exemplo), nem à reabilitação através da moradia ou da família (da esfera da reprodução social). Ao pensar os diversos dispositivos reabilitadores do ponto de vista da totalidade histórica das relações sociais, observamos que elas não são homogêneas.

José Augusto Bisneto (2011,p.192)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma das redes de cuidado em Saúde Mental que visa à reinserção dos usuários na sociedade e na família. De acordo o Ministério da Saúde(2004), o CAPS é a referência no tratamento “para

pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”.

As Residências Terapêuticas é outro tipo de serviço substitutivo direcionado para pessoas que estavam em hospitais psiquiátricos e que não foram reinseridas no seio familiar e/ou na sociedade, são destinadas a pessoas com transtornos mentais graves, no qual o número de usuários pode variar de 1 a 8 pessoas, devendo sempre contar com suporte profissional. Ministério da Saúde(2004).

Segundo Elisângela Braga de Azevedo(2010), os Centros de Convivência e Cultura é encontrado nas grandes cidades, para a sua implantação é necessário que haja uma boa rede CAPS e uma população superior a 200 mil habitantes. Sobre os hospitais dia ela diz apresentar diversas fragilidades no que tange a reinserção dos usuários e presta assistência aberta para as pessoas que sofrem de distúrbio mental. Ela aborda também sobre os leitos de atenção integral que deve garantir acolhimento aos pacientes em crise, fala que a proposta do Ministério da saúde é que com a consolidação dessa rede de leitos será colocada em pauta a substituição das internações em hospitais psiquiátricos.

A expansão dos leitos de atenção integral à saúde mental nos Hospitais Gerais ainda é um grande desafio para a rede de saúde mental, e em especial, para as redes de atenção à saúde mental das grandes cidades. Estes leitos, articulados aos CAPS III, às emergências gerais e aos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas devem oferecer acolhimento integral ao paciente em crise, em diálogo com outros dispositivos de referência para o usuário. A regulação desses leitos de atenção integral é fundamental para garantir acessibilidade e resolutividade, especialmente nas grandes metrópoles.

Ministérios da Saúde (2008).

O Programa “De Volta para Casa” destina-se a portadores de transtornos mentais fora da unidade hospitalar que tenha um histórico de um grande período de internação, a partir dos dois anos de internação de acordo o Ministério da Saúde (2003).

Este programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06.04.2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conforme Artigo 5º da referida Lei, que determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. O objetivo é a INCLUSÃO SOCIAL de pacientes e a mudança do modelo assistencial em saúde mental, com ampliação do atendimento extra-hospitalar e comunitário.

Braga de Azevedo (2010) diz que os Ambulatórios de Saúde Mental da assistência às pessoas com transtorno mentais leves, cerca de 9% da população e que apresenta na sua grande maioria “um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde”.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados em 2008 pelo Ministério da Saúde no intuito de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, composta por uma equipe multiprofissional que atuam de forma integrada apoiando os profissionais das equipes Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica.

A partir dos serviços substitutivos explanados observa-se o avanço no mundo da psiquiatria. Essa rede com vários pontos que se conectam é o resultado de lutas da sociedade civil em busca da cidadania das pessoas com transtorno mental, resposta às instituições manicomiais que visava o lucro em detrimento da dos cuidados básicos dos sujeitos, que eram torturados, deflagrando o seu quadro psicótico. Apesar dos avanços, das conquistas, ainda se tem muito a alcançar, mas não se pode negar o quanto já foi conquistado em termos da saúde mental no Brasil.

2.2. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

De acordo o Ministério da Saúde (2004) o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado na cidade de São Paulo em março de 1986, intitulado de: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira e conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Os CAPS foram criados a partir da portaria GM 224/92 e são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 integrando a rede do Sistema único de Saúde, (SUS).

Os CAPS têm por finalidade prestar atendimento a pessoas que sofrem com transtornos mentais, por meio de cuidados clínicos e reabilitação psicossocial no intuito de inserir esses sujeitos na sociedade e estreitar laços com seus familiares, além de substituir o modelo hospitalocêntrico garantindo o direito à cidadania dos usuários que foram por muito tempo negado devido as práticas dessas instituições psiquiátricas que negligenciavam todos os direitos dessas pessoas, além de viverem em situações desumanas.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS em sua estrutura devem conter no mínimo: consultório para atividades individuais, salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; refeitório; sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes. Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS devem oferecer acolhimento diurno, e quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que

possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações. Os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares.

Ministério da Saúde (2004).

Os horários e funcionamento dos CAPS são de acordo a cada tipo deste. Os CAPS I para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas. Os CAPS II, população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira podendo ter um terceiro período, funcionando até 21 horas. Os CAPS III, população acima de 200.000 habitantes, funcionamento de 24 horas, todos os dias, incluindo fins de semana e feriados. Os CAPS i, população acima de 200.000 habitantes, funcionamento das 8 as 18 horas, de segunda a sexta-feira, também pode ter um terceiro período, funcionando até as 21 horas. Por fim, Os CAPS ad, para população acima de 10.000 habitantes, funcionamento das 8 às 18 horas de segunda à sexta-feira podendo também ter um terceiro período, com o funcionamento de até as 21 horas. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004).

O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana devem ser entendidos como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários dos CAPS e evitar internações psiquiátricas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender preferencialmente aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico nos CAPS, quando necessário, e no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS I e CAPS II, com atendimentos diários e destinados para adultos com transtornos mentais graves e contínuos. Os CAPS III também de atendimento diário para adultos com transtornos mentais severos e persistentes, funcionando 07 dias na semana. Os CAPS I destinado para as crianças e adolescente com transtorno mental e os CAPS ad para dependente de álcool e drogas, possui até leitos de repouso com a finalidade direcionada para tratamento e desintoxicação. Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS mantêm uma teia de relações com os outros serviços substitutivos além de trabalhar em conjunto com o Programa de Saúde da Família e com os Agentes Comunitário de Saúde. Estes estão mais próximo da comunidade e essa proximidade trará benefícios para a região, no qual esses profissionais terão uma visão mais apurada dos fatos podendo assim intervir de forma mais eficaz na solução do caso junto aos CAPS.

Esses profissionais e equipes são pessoas que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território. Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Ministério da Saúde (2004).

Os CAPS devem ter pleno conhecimento das equipes de atenção básica de seu território e ter uma interação com estas. A partir dessa parceria propor iniciativas de levantamento de dados sobre as principais problemáticas da saúde mental de seu território. Disponibilizar para as equipes de atenção básica “orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica” e junto com equipe de atenção básica realizar atividades de educação permanente. Ministério da Saúde (2004).

Os profissionais dos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional, de nível superior e de nível médio. Os de nível superior, são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, dentre outros. Os profissionais de nível médio: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos,

educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipe de limpeza e de cozinha.

Nos CAPS I a equipe é de 01 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior e 04 profissionais de nível médio. Nos CAPS II, 01 médico psiquiatra; 01 enfermeira com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio. Nos CAPS III, são 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 05 profissionais de nível superior e 08 profissionais de nível médio. Nos CAPS i, 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior e 05 profissionais de nível médio. Nos CAPS ad, são 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico; 04 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio. Ministério da Saúde (2004).

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. A duração da permanência dos usuários no atendimento dos CAPS depende de muitas variáveis, desde o comprometimento psíquico do usuário até o projeto terapêutico traçado, e a rede de apoio familiar e social que se pode estabelecer. O importante é saber que o CAPS não deve ser um lugar que desenvolve a dependência do usuário ao seu tratamento por toda a vida. O processo de reconstrução dos laços sociais, familiares e comunitários, que vão possibilitar a autonomia, deve ser cuidadosamente preparado e ocorrer de forma gradativa.

Ministério da Saúde (2004).

A partir do exposto pode-se vislumbrar a importância do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no campo da saúde mental. Se constituindo como medida substitutiva e de caráter humanitário, reintegrador visando a reestruturação de laços sociais e familiares, garantindo o exercício da cidadania. Mostrando também que o CAPS possui uma teia de parceiros que trabalham conjuntamente em prol da saúde mental dos indivíduos e das famílias e também o detalhamento de todos os tipos de CAPS que existem no Brasil, direcionada para cada camada específica garantindo assim uma maior eficiência e melhores resultados. É muito importante assinalar um fato, fala-se em serviços substitutivo. O Dicionário Aurélio conceitua a palavra “serviço” como:

s.m. Ação ou efeito de servir. / Desempenho de funções obrigatórias; emprego, trabalho: saiu à procura de serviço. / Duração desse trabalho: tem dez anos de serviço à casa. / Produto da atividade do homem destinado à satisfação de necessidades humanas, mas que não apresenta o aspecto de um bem material (transporte, educação, pesquisa científica, assistência médica, jurídica, hospitalar etc.): o produto nacional bruto de um país é a soma dos bens e dos serviços criados por seus habitantes. / Organização de certas instituições públicas ou privadas, encarregada de uma função particular:” E designa a palavra “substitutivo”, como: adj. Que substitui; substituinte. / Medicina Diz-se do medicamento irritante que substitui uma inflamação por outra, mais facilmente curável. / &151; S.m. Substituição, emenda: propor substitutivos ao projeto de lei.

As redes de cuidado em saúde mental exerce importante papel no que se refere como medidas alternativas para a substituição das internações psiquiátricas. Portanto acredito que muitos avanços ainda devem ser alcançados para extinguir de fato que haja possibilidade das internações nos hospitais psiquiátricos, mesmo que estes não exerçam, mas o mesmo papel, porém a interação, o carinho da família é de suma importância para a recuperação dos portadores de transtorno mentais, do que deixa-los isolados e só a base de medicações. Sendo que essas internações muitas vezes são forçadas, contra a vontade dos usuários, quando acontece isso, há um decepamento dos direitos individuais e desrespeito para com a pessoa.

2.3. O PAPEL DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

A partir desse breve histórico da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica desdobrando nas medidas alternativas com destaque nos CAPS que chego ao meu objeto de estudo, que é a análise dos avanços da Reforma Psiquiátrica no seio familiar no que tange o fortalecimento de vínculos entre familiares e usuários do CAPS de Cruz das Almas. O que pretendo abarcar de fato dentro dessa estrutura macro que tange o campo da saúde mental.

Com a proposta de desinstitucionalização(desospitalização), a família passou da condição de ser afastada do seu membro, para ações de atitudes com compromisso e responsabilização no tratamento/cuidado do paciente dentro do serviço de saúde mental, ou seja, tornou-se protagonista dessa equipe. A participação da família no cuidado oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial deve ser baseada através de atendimentos de grupos familiares, que podem consistir em reuniões familiares para criar laços de solidariedade entre elas; discutir problemas em comum; apresentar meios mais fáceis para enfrentar as dificuldades como o preconceito, medo, exclusão, e outros; dar orientações sobre diagnóstico e tratamentos dos seus parentes. A realização de ações educativas para promover saúde de toda a família, também é importante.

Profírio Moura et. all (2013).

Os serviços substitutivos permitiram a ressocialização dos portadores de transtorno mental com a sociedade e com a família. A participação da família na vida do portador de distúrbio mental é muito importante para o avanço da saúde deste, pois, é na família que o portador está a maior parte do seu tempo. Com isso, a família se torna a principal cuidadora, sabendo descrever com mais precisão as fragilidades para que a equipe de saúde mental possa intervir. Além do apoio ao portador, de interagir com ele, demonstrando afeto, respeito e cuidado.

A atenção à saúde mental vem sofrendo transformações significativas. O tratamento dos pacientes portadores de sofrimento psíquico foi marcado pela exclusão da família no acompanhamento do seu familiar durante sua internação psiquiátrica. Com as mudanças na área da saúde mental, o tratamento destes pacientes está inovando o método de assistência, permitindo que a família participe do tratamento e ocupe um lugar de aliada durante o processo terapêutico. Os novos modelos assistenciais de saúde

mental propõem a presença da família, a qual é convidada a participar desta atual forma de cuidar e enfrentar o sofrimento psíquico[...]
Profírio Moura et. all (2013).

Falar da relação entre usuários e seus familiares é uma tarefa complexa, pois cada sujeito, cada família possui suas particularidades e identidade e também por ter que abarcar uma série de questões aos quais envolvem esses “atores”. A família é o principal responsável pelos portadores de transtorno mental, a ela cabe à atenção, o cuidado, o carinho, a responsabilidade por estes. Nas linhas seguintes abarcarei a relação das famílias de portadores de transtorno mental.

Na sociedade a qual estamos inseridos, regida pelo capital, estamos a todo o momento sendo cobrados e temos que agir acordo padrões estabelecidos. Se desviarmos desse padrão seremos tarjados como “anormais”, pois se infringe uma regra, como consequência, somos excluídos do meio social muitas vezes também do seio familiar, por não mais obedecer às regras sociais que te dão o caráter de sujeito normal.

O envolvimento da família no tratamento das pessoas com distúrbio mental é de suma importância, pois a família é à base de todo indivíduo, seu maior suporte, principalmente para esses portadores de transtorno mental que perderam durante séculos o seu papel social. A partir de vivência no dia a dia e no estágio do CAPS de Cruz das Almas percebi que muitas famílias abandonam essas pessoas, por não saber lher da com a situação, preconceito, vergonha e até por essas pessoas serem consideradas fardos. Essa atitude só agravará o quadro destes que estará jogado a própria sorte.

Considerando o expressivo número de pessoas com problemas mentais no Brasil, cerca de 23 milhões segundo o traz o site do Estadão, e o site Direito para Todos traz baseado no Ministério da Saúde que 03% da população sofre com transtorno metal severos e persistentes e 06% da população com transtornos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E o site EBC traz:

As doenças e transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75%

e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave.

O individualismo, a ampla concorrência e a necessidade constante das pessoas de se reafirmarem no meio social se configuram por um sistema capitalista. Verifica-se maior tempo no trabalho e menos com a família, a correria do dia a dia, principalmente nos grandes centros urbanos, ocasiona stress nas pessoas e desse stress pode-se desenvolver patologias: depressão, síndromes... Muitas vezes, essas patologias impossibilita que os sujeitos continuem a da continuidade normalmente a suas vidas.

O neoliberalismo almeja, pretensamente, diminuir a regulação social, deixando assim que a sociedade seja regida pelas leis “naturais” do mercado, a lei da oferta e procura. Na prática, o mercado livre e desregulamentação da relação patrão – empregado conduzem a lei do mais forte, à lei da selva, e um tipo de darwinismo social. Ora, nesta “selva mercadológica da sobrevivência das espécies”, o mais forte é o empresariado, pois tem mais capacidade de se organizar, uma vez que historicamente detém mais dinheiro e poder. Pior para a massa de trabalhadores, que têm de se submeter às exigências do capital contando com as leis de proteção ao trabalho minimizadas, isto é, com poucos direitos trabalhistas.”(Bisneto,2011-p.41.)

Esse Estado neoliberal exclui os portadores de transtorno mental da esfera trabalhista. As pessoas são vistas como objetos, utilizadas quando dá produção, quebrando esses objetos, ele é descartado, substituído. Uma pessoa que possui um “problema” é excluído, ela não possui os requisitos necessários de um trabalhador que produza abundantemente, ao contrário, é um problema para a produção, o desenvolvimento do capital.

Essa mesma sociedade burguesa que “presenteia” os sujeitos com esses malefícios é a mesma que os segregam e os excluem como objetos descartáveis do vínculo social. Os portadores de transtornos mentais graves e persistentes não geram lucro, sendo um fardo para o desenvolvimento do capital.

Um indivíduo com distúrbio mental como qualquer outra pessoa pode colocar em risco a sua vida e também a vida das outras pessoas. Por isso é necessário que o Poder Público esteja incessantemente propondo políticas públicas com o intuito de solucionar/melhorar essa realidade e que a sociedade civil esteja a par dessa realidade, munindo-se de informação e extinguindo seus preconceitos.

Acredito que para alcançarmos expressivos resultados necessitará que os direitos sejam respeitados, que de fato venha a se constituir a verdadeira igualdade, sem preconceito e discriminação. Visto que os problemas mentais existem devido a complexidade da vida, do cotidiano. Ao meu entendimento tudo isso só será possível quando se instituir uma educação de qualidade para todos. Não é um processo imediatista e sim processual.

Lucia Rosa(2011) diz que “ O transtorno mental provoca deslocamento nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo”. Isso se refere digamos que um “distúrbio” causado naquele meio, ao qual um membro foge da normalidade, um “desvio” que irá atingir todos os membros. Fato esse presente na minha entrevista com os familiares de portadores de transtorno mental, na qual uma pessoa relata que no início foi difícil aceitar, que foram feitos diversos exames que não davam absolutamente nada. Como se em cada um desses exames ela torcesse para que desse algum problema, mas não o transtorno mental.

“Quanto mais a sintomatologia se aproxima do comportamento socialmente aceito, como em geral acontece com os diagnósticos leves, sobretudo neurose e depressão, mais a normalização se intensifica, a ponto de comprometer a sobrevivência física do portador de transtorno mental, quando se deixa de se alimentar e diminui a qualidade e nível de comunicação, tais como nas situações de mutismo e catotonia”

(p.244)

A insistência da família e até do paciente em fazer os exames mais uma vez mostra o grau de preconceito que um portador de transtorno mental vivencia na sociedade. Processo esse que é histórico, o preconceito com essas pessoas não acontece no momento vigente, mas pendura por tempos e tempos. Qual prestígio teria uma pessoa que não possui sua faculdade mental preservada, estas são vulneráveis, servidas de chacotas, discriminadas e até muitas sofrem de abandono

da família e acabando indo às ruas, aonde são posta aos mais diversos riscos, são violentadas das mais diversas formas possíveis e muitas acabam entrando no mundo das drogas. Pude vislumbrar esses acontecimentos no CAPS de Cruz das Almas Bahia.

[...] há uma intensa demanda por exame de eletroencefalograma, sobretudo nas primeiras crises e nas primeiras internações psiquiátricas. Muito embora o psiquiatra explique que não é necessário tal exame, que geralmente só indica quando há convulsão, “crise de ausência” e suspeita de epilepsia, e se este se recusa a indicá-lo, a família insiste e fica inconformada enquanto não obtém[...]

Lúcia Rosa (p.247).

Na construção histórica que temos aonde o homem deve ser aquele que permite o sustento da sua casa e da família e a mulher como aquela que deve cuidar da casa e dos filhos. Esse cenário se reflete também no campo da saúde mental: “A mãe figura como a principal cuidadora, representada por um percentual de 11,43% entre os responsáveis pelo PTM frente ao hospital e 46,15% entre os cuidadores domésticos que centralizam todas as funções e responsabilidades em relação ao portador de transtorno mental ou delega a outrem.” (Rosa, 2011-p. 277).

Outra questão importante relacionada ao provimento de cuidados revele-se às medicações. Se a família não tomar para si a responsabilidade nos devidos horários do medicamento bem capaz que o portador de transtorno não o faça. Não havendo um controle devido das medicações não se ostentará melhoras. A família busca a todo custo encontrar fatores biológicos que expliquem a situação, numa forma de resistência ao quadro vigente.

“Muitas vezes, recusar a medicação, contraditoriamente, torna-se a única possibilidade de manifestação de liberdade do PTM, tendo em vista que a medicação, se por um lado, a médio prazo, controla o delírio, alucinação e a agressividade, pode comprometer sua motricidade e seu processo comunicativo (“fala embolado”) a curto prazo, embora sua finalidade seja exatamente restaurar habilidades, controlar sintomas e reintegrar socialmente o PTM. A medicação oral geralmente demora para apresentar resultados positivos.”

Lúcia Rosa(2011p.303)

A rejeição em tomar os medicamentos é um grande problema para a evolução do quadro desses pacientes. Falo por experiência de 01 ano estagiando no CAPS de Cruz das Almas- Ba no qual pude observar que muitos pacientes se recusavam a tomar os medicamentos, na argumentação que estavam sentindo desconforto, que estavam passando mal quando ingeria essas “drogas”. Mas o interessante é que também os responsáveis questionavam esses medicamentos, a exemplo de uma mãe que falou que certo medicamento que o filho usava o fazia ter crises e que não queria que o tratasse mais com o medicamento só se fosse outro. Essas atitudes podem ser explicadas pela falta de informação dessas pessoas, ao meu vê, profissionais devem orientar os familiares sobre cada medicamento, a importância destes, os efeitos colaterais, conseqüentemente os benefícios e as conseqüências com a suspensão do remédio.

[...] a dificuldade no manejo com a medicação também, está ligada à relação etnocêntrica que se estabelece entre médicos e familiares do PTM. Os cuidadores, muitas vezes, têm dificuldade em traduzir a posologia recomendada pelo médico em termos de 8/14/20 (horas) ou 1/ 2, 1/ 4 (fração). Foi exclusivamente explicitado nas reuniões ambulatoriais que cuidadores chegaram a dar 12 comprimidos de uma só vez ao PTM, assim como outros utilizaram subdoses.

(p.304).

A falta de informação ou a falta de manejo com a informação prejudica sumariamente nos benefícios que podem ocasionar aos portadores de transtorno mental. Outro problema presente é que muitas pessoas associam o remédio com a cura e muitas vezes isso não acontece. A medicação é um paliativo que não raras vezes é necessário utilizar por toda a vida. Muitos transtornos mentais não tem cura, mas sem dúvidas há tratamento. Isso é um grande problema, quando a pessoa ou família descobre que aquele caso não tem cura, a pessoa ter que viver com a medicação pelo resto da vida é de difícil aceitação. Embaso esse comentário além do meu estágio no CAPS, o meu transtorno mental, que foi a Síndrome do Pânico. Hoje consigo viver sem medicação e levar uma vida normal, mas há momentos que parece que vou viver tudo de novo é complicado “segurar a onda”, mas tudo para não viver refém dos medicamentos. Porém, a distúrbios que em hipótese alguma a

pessoa pode abandonar a medicação e essa aceitação é bastante complicada para os portadores.

Um fator que leva a família não acompanhar os portadores de transtorno mental se centra na falta de tempo, principalmente para aquelas pessoas que estão em idade produtiva. Havendo uma dificuldade de associar duas coisas ao mesmo tempo, visto que pessoas que sofrem com distúrbio mental, necessitam a todo tempo de cuidados e atenção. Quando se têm uma renda, uma aposentadoria, um benefício, se têm uma maior possibilidade na prestação de cuidados aos portadores de transtornos mentais.

A internação psiquiátrica entra, desta forma, no rol das estratégias de sobrevivência do grupo doméstico para diminuir o trabalho do cuidador, liberando-o para que possa se envolver em alguma atividade rentável. Ameniza-se, então, a zona tensionante entre as pessoas dependentes de cuidado e aquelas geradoras de renda. O fato de alguns PTMs terem uma renda própria suaviza tal conflito, por permitir que sua renda seja redirecionada para o próprio grupo doméstico, em substituição à renda do cuidador. Mas o cuidador, em idade produtiva, no universo pesquisado, em geral procura se desdobrar e atender às expectativas que lhe são dirigidas [...].

(p.308).

O provimento de cuidados requer um impacto no fator econômico e que a aposentadoria previdenciária desses portadores de transtorno mental é imprescindível em benefício de seu tratamento, pois, estes estão a todo o tempo precisando ser observados e cuidados, além de cuidados biológicos e fisiológicos, necessitam do carinho e da compreensão dos seus familiares como alternativa de melhora.

Ao descobrir o transtorno a família se sente responsabilizada e se culpam pelo ocorrido:

O sofrimento manifesta-se de diferentes formas e intensidades, deixando marcas profundas no mundo da vida da família. O primeiro impacto é experienciado por ocasião do diagnóstico. Os sentimentos de sofrimento e insegurança são companheiros constantes em todas as etapas do tratamento, e na perspectiva acerca do futuro.

NAVARINE E HIRDES(2008).

O papel da família junto aos serviços substitutivos é de ampla importância pois permite aos profissionais um amplo leque de informações que são vivenciadas no lar permitindo assim um melhor resultado no tratamento dos portadores de transtorno mental. Os CAPS além de atender aos portadores de transtornos mentais garante suporte a seus familiares, haja vista que por ocasião do distúrbio mental, a família acaba que sendo fragilizada e necessária de suporte psicológico. Reafirmarei essa minha colocação no próximo capítulo, com a minha ida a campo, onde pude constatar que as pessoas que foram por mim entrevistadas, consideraram-se necessária desse suporte psicológico.

Pode-se perceber que a participação da família no cuidado do paciente com sofrimento psíquico contribui para uma evolução terapêutica mais eficaz do usuário e possibilita também uma aproximação das relações entre familiares, assim, estes se tornam mais engajados nesta participação. Um serviço como o CAPS, além de cuidar do doente mental, proporciona também apoio às famílias, as quais precisam também de atenção à sua saúde. Quando as famílias participam do cuidado do seu doente, podem aumentar a compreensão sobre a doença e melhorar a relação com o doente.

Profírio Moura et. all (2013).

Mais uma vez reafirmo o importante papel da família junto aos portadores de transtorno mental. Da necessidade de envolvê-la de maneira intensiva no tratamento destes, visando a coleta de informações para se poder interferir de forma mais incisiva e feliz em prol da reabilitação. Além de garantir um espaço aos portadores que se sintam protegidos e amados, que é o seu seio familiar.

O cuidado doméstico oferecido pela família e o suporte dos serviços de saúde mental, estão entrelaçados, pois à família é imprescindível o apoio de um serviço especializado e preparado para acolher seu sofrimento e desespero no lidar com um cuidado tão complexo, que é o de um portador de transtorno mental. A assistência que um serviço de saúde oferece a essas famílias pode contribuir para a inserção deste familiar no cuidado do paciente, e conseqüentemente favorecer na evolução terapêutica deste.

Profírio Moura et. all (2013).

É importante assinalar que tem aquelas pessoas nas quais em uma determinada etapa da vida desenvolve um distúrbio mental, mas que com tratamento essa pessoa pode levar uma vida normal, exercendo suas atividades e/ou até se curar. É o caso de doenças como a depressão e a síndrome do pânico. Além do tratamento em unidades alternativas, o papel da família é de essencial necessidade.

Ser portador de transtorno psíquico não significa loucura, incapacidade de realizar determinadas atividades, e sim um sofrimento psicológico que precisa de tratamento. Este tratamento não deve ser baseado em isolamentos e contenções, nem mesmo a base de fármacos, e sim num processo terapêutico que inclua além de medicamentos, atividades de comunicação entre usuários do serviço de saúde mental, equipe de profissionais e principalmente, a família. Este é o principal meio de suporte para a realização da recuperação destes pacientes, os quais necessitam de apoio familiar.

Profírio Moura et. all (2013).

Por isso é muito importante que os serviços substitutivos disponibilizem de informações sobre os transtornos mentais como um todo, para que, a família não só aprenda a administrar os medicamentos, mas estejam preparadas para lidar com cada crise, cada comportamento "anormal" sem que isso prejudique a sua saúde.

Depois de várias leituras, vivências observações e entrevistas, chego à conclusão de que a falta de informação é a questão preponderante para o preconceito e o estigma, por isso, a resistência na aceitação de um distúrbio mental na família. As escolas deveriam ter em sua grade curricular matérias que abarcasse o problema mental. Se isso ocorresse, acredito que esse quadro de preconceito e vulnerabilidade que esses portadores sofrem seria bastante diferente. Estes seriam vistos como pessoas normais, mas que precisam de cuidados teriam seus direitos e deveres, exerceriam a sua cidadania, sem contestação e julgamentos de valores.

É de suma importância que os membros da família se unam como um todo para que juntos possam contribuir de forma efetiva e eficaz para o desempenho das pessoas com problemas psíquicos, seja qual for ele: depressão; dependência química, esquizofrenia... A família é a base é o maior suporte para se enfrentar qualquer problema, mas cabe ressaltar que não somente a família é capaz de

garantir essa melhora, ela é apenas um suporte, necessitando o portador de transtorno mental de outros suportes, a exemplo dos profissionais de saúde.

3. O LÓCUS DA PESQUISA

Este capítulo irá relatar sobre o CAPS de Cruz das Almas-BA fazendo uma breve apresentação, seguindo de uma entrevista semiestruturada que foi direcionada a familiares de portadores mentais do CAPS De Cruz das Almas. Optei por pessoas que estiveram internadas em instituição psiquiátrica e que hoje são atendidas pelo CAPS. Procurei por usuários com maior tempo de internação, a partir daí farei um mapeamento da relação usuário e família norteando-me para a situação do portador de transtorno mental no hospital psiquiátrico numa comparativa com o CAPS de Cruz das Almas.

3.1- O CAPS de Cruz das Almas

Cruz das Almas é um município brasileiro do recôncavo da Bahia, com uma população estimada de 63.229, segundo dados do IBGE.

O CAPS busca por oferecer atendimento, realizar acompanhamento clínico e a reinserção social por meio do garantia de acesso aos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Presta atendimento clínico em regime de atenção diária evitando assim, internações em hospitais psiquiátricos; promove a inserção social das pessoas com distúrbio mental a partir de ações intersetoriais; regula a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em sua área de atuação; disponibiliza suporte a atenção à Saúde Mental na rede básica organiza a rede de atenção às pessoas com transtorno mentais nos Municípios e acolhimento das pessoas com transtorno mentais graves e contínuos visando a preservação e fortalecimento dos laços sociais.

O CAPS I de Cruz das Almas foi implantado na gestão do prefeito, Orlando Peixoto Filho e do vice-prefeito, Raul Moreira Molina Barrios no dia 21 de Fevereiro de 2006, com pouco mais de 08 anos de existência. Localizado na Rua Lions Clube, s/n-Parque Santa Cruz, 44380-000. Com faixa de 695 pessoas cadastradas, no

entanto, somente 278 estão frequentando. A maior parte dos usuários é da Zona Rural, porém há um número expressivo de usuários da Zona Urbana. O funcionamento se dá de segunda à sexta, de segunda à quinta (08h00minh às 12h00minh e das 13h00minh às 16h00minh) e nas sextas (08h00minh às 12h00minh). Encontra-se no CAPS I de Cruz das Almas, a equipe composta por: 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 psiquiatra, 01 enfermeiro, 01 técnica de enfermagem, 02 artesã... São desenvolvidas oficinas: pintura, colagem, música, dança, dispondo também de uma horta que fica dentro do CAPS I. Os usuários recebem duas alimentações por dia, uma pela manhã e outra à tarde, o CAPS I de Cruz das Almas também realiza visitas domiciliares todas as quartas para aquelas pessoas que não estão frequentando a Instituição, com o propósito de fazer medicações por parte do enfermeiro e de inquietar as pessoas do porque não estão frequentando o CAPS I e do convencimento de voltarem, papel este destinado a assistente social.

3.2. Entrevista sobre pacientes do CAPS de Cruz das Almas com longo período em instituições psiquiátricas pela ótica de seus familiares

Realizei uma entrevista semi estruturada aplicada no CAPS de Cruz das Almas Bahia. Três pessoas foram entrevistadas e responderam por quatro portadores de transtorno mental, sendo que uma dessas pessoas é responsável por dois usuários. Busquei fazer um mapeamento do quadro de saúde destes, partindo do início do problema até a entrada do paciente no CAPS. Inquietando os familiares a me responderem o porque do surgimento do transtorno, como a família encarou a situação, as medidas que foram tomadas etc. Em fim, utilizei três nomes fantasias para designar cada um desses familiares: “Dedicação”; “Esperança” e “Amor”.

Todos esses portadores sofrem de distúrbio mental há um bom período segundo seus familiares, o motivo do desencadeamento do distúrbio se deu pelo o desemprego e por tragédia familiar.

. Um familiar, “Esperança” disse que a mãe sofre do transtorno desde os 16 anos, mas não soube responder os motivos aos quais desencadearam o seu transtorno e o seu padrasto foi porque empurrou o primo de uma laje e ele morreu. “Dedicação”, disse que sua filha, começou a ficar nas ruas, a se prostituir, era muito agressiva e que queria até mata-la, pois achava que ela estava roubando seu marido e suas filhas. Nesse quesito, “Amor” também disse que o seu marido era muito agressivo, já chegou a agredi-la, por isso tinha muito medo porque ela não teria forças para enfrenta-lo.

“[...] o homem enfermo carrega ainda a desvantagem de ser reconhecido como um sujeito com mais força física. Neste sentido, como a mulher é historicamente a principal cuidadora, tem dificuldade na sua contenção física e no próprio cuidado, pois o medo se interpõe de forma mais explícita.”

Lucia Rosa(2011, p.265).

Quando perguntei como foi o processo de aceitação, tanto “Dedicação” quanto “Amor” disseram ser muito difícil. De início essas famílias não queriam acreditar que seria de fato um problema mental. “Amor” diz que fez de tudo, diversos exames, mas não dava nada, até que em uma dessas crises o levou ao hospital e

de lá foi encaminhado para o hospital psiquiátrico. Já “Dedicação” disse que procurou vereador, prefeito, secretário, para internar a filha no hospital psiquiátrico. “Esperança” disse que sua mãe e seu padrasto foram logo internados numa instituição psiquiátrica. Percebe-se que há uma resistência dos familiares no que tange a aceitação de que o familiar precisa de cuidados psiquiátricos e como a internação em hospitais psiquiátricos é a primeira medida a ser tomada.

“Dedicação” diz que a filha foi internada uma única vez num período de 90 dias, que a visitava duas vezes na semana. Ela diz que a filha reclamava na internação e que não gostava da situação dela na instituição, diz ter “ficado toda inchada” que era horrível. Após os 90 dias de internação a psiquiatra da instituição encaminhou a portadora de transtorno mental ao CAPS de Cruz das Almas- Bahia.

Ao começar o tratamento no CAPS “Dedicação” diz que o quadro de saúde da sua filha melhorou bastante, parou de ser agressiva e começou a viver com harmonia com a família e os vizinhos. A filha vai sempre ao CAPS, participa com frequência das atividades desenvolvida na instituição, faz consultas com o psiquiátrica de 02 em 02 meses. Apesar de todas essas conquistas “Dedicação” argumenta que a filha está em um momento de retrocesso, que voltou a estar agressiva, mas não sabe explicar o motivo. E quem mais sofre são as filhas, que são pequenas ainda, diz que ela maltrata as meninas, que “bate e xinga.

A usuária não exerce atividade remunerada, estudou até o 3º ano do primário. A única fonte de renda é o benefício que recebe por conta do seu problema de saúde, a esquizofrenia. Não pratica atividades físicas e nem participa de outras atividades extra CAPS. “Dedicação” diz não estar envolvidas nas atividades que são realizadas no CAPS. Argumenta que o problema da filha interferiu totalmente na sua vida, quando foi perguntado, se ela se considerava necessária de suporte psicológico, respondeu que já tinha, que o suporte dela era Deus. Nota-se como a religião interfere na vida das pessoas, impedindo que faça um tratamento, pois acreditam que Deus será a cura e que não precisam de nenhum suporte psicológico.

Essa é uma questão bastante vivenciada no CAPS de Cruz das Almas, durante o meu período de estágio pude perceber como a religião interveria de forma negativa no processo de tratamento dos usuários dali. Os portadores de transtorno mental considera-se não necessitar mas dos medicamentos porque o Pastor falou para ele que o único remédio que ele precisava era de Deus, mandando-o suspender a medicação. De forma alguma, querendo menosprezar, nem fazer

juízo de valor. O intuito aqui é mostrar como esta interfere prejudicialmente no quadro clínico dessas pessoas. Falo no sentido de vários usuários negarem o uso das medicações por causa da religião. Onde o Pastor fala que eles não precisam de medicação e sim de Deus. Certa instituição religiosa, diz até que o sujeito está possuído. Essa é uma realidade muito frequente no CAPS de Cruz das Almas visto que um grande percentual dos usuários possui uma religião. Os profissionais tentam convencer os portadores de transtorno mental do contrário incentivando ingerir as medicações, algumas vezes possui resultado positivo, outras não.

Esse é um problema a ser enfrentado nesse CAPS, muitos portadores recusa a medicação o que agrava sobremaneira a situação do usuário. Acusam que a medicação não está fazendo bem, que está deixando pior, mais agressivo etc. O CAPS faz visitas domiciliares para as pessoas que deixaram de frequentar a instituição, na tentativa de trazê-los de voltar e de aplicar medicações. Tem portadores que o aceite do uso do medicamento é muito difícil, sendo necessário exercer o diálogo como forma de deixá-los seguros e confiar nos profissionais para se fazer a medicação.

“Esperança” disse que sua mãe ficou internada mais 30 anos, contando o período que recebia alta e voltava e seu padrasto por quase 20 anos e foi lá que eles se conheceram, fala que seu padrasto foi abandonado pela família, só que ele ainda é mais consciente que a sua mãe. “Esperança” ia visitá-los de 15 em 15 dias, mas não conseguia vê melhoras, que eles não reclamavam da internação por já estarem acostumados. Receberam alta porque a instituição iria ser fechada. Talvez se essa instituição não fosse fechada esses portadores poderiam passar o resto de suas vidas enclausurados, e esse fator também pode ter ocorrido devido ao processo da luta antimanicomial com a implantação dos serviços substitutivos que enfraqueceu essas instituições psiquiátricas. Foram encaminhados para o CAPS onde houve melhora em relação quando estavam no hospital psiquiátrico, tiveram mais autonomia de suas vidas, conseguiram desenvolver habilidades para conviver sem precisar tanto de ajudas. Eles não gostam de ir ao CAPS, só vai quando tem consultas e para pegar a medicação, não realizam atividade física e nem outra atividade Extra CAPS, o cuidador que é filho da portadora e enteado do portador, diz que eles caminhavam, mas que não querem, mas, que matriculou eles na aula de yoga mas que também não aceitaram. Esperança diz que são muito calmos e se dão muito bem com a família e com os vizinhos. Mas que terminou um

relacionamento porque deles, por sua companheira não aceitar a presença da sua mãe e seu padrasto. O cuidador diz necessitar também de cuidado psicológico.

Esperança diz que a mãe estudou, mas não sabe o período e o padrasto possui ensino superior incompleto, o motivo de não ter completado o estudo foi por causa do acidente que teve, no qual ele desencadeou o distúrbio impossibilitando-o o continuo do estudo.

Pode-se observar como a restituição dos laços familiares foi importante para esses dois portadores, permitindo-lhes a ressocialização social, o cuidado, o carinho, a convivência, a companhia, necessário para qualquer ser humano, deixando explícito que o portador, o padrasto foi inserido na família da sua mulher e perdeu todo o vínculo com a sua família de origem. O quadro de saúde deles avançou na ótica do cuidador, são pessoas tranquilas e que se dão muito bem com os vizinhos. Apesar de negar a convivência no CAPS e a prática de atividade física. O que seria de suma importância no que tange um maior envolvimento social com troca de experiência, companheirismo e amizade, além do fator da saúde física e conseqüentemente a mental.

“Amor” diz que o seu marido foi internado várias vezes, o máximo que permaneceu internado foi por 03 meses. Ia visita-lo periodicamente, duas vezes na semana. A cuidadora relata que o hospital psiquiátrico era horrível por causa da lotação, grande quantidade de leitos, mas que o portador melhorava, pois lá, ele era medicado, controle que não tinha quando estava em casa, porque o marido negava a medicação. Diz que ele reclamava bastante da internação. O portado de transtorno mental chegou ao CAPS por intermédio do próprio hospital psiquiátrico, ela disse que a partir que começou o tratamento no CAPS a vida deles melhorou muito apesar do paciente não gostar de frequentar a instituição. Este não exerce atividade remunerada, é aposentado por invalidez e só fez o primário.

Apesar dos momentos de crise, a cuidadora relata que depois do CAPS a relação deles dois voltou a ser tranquila que “antes era um transtorno”. E se considera totalmente necessária de suporte psicológico, pois o problema do marido abalou consideravelmente o seu psicológico, retrocesso no seu trabalho e por não puder ter um filho.

Como essa postura pode-se perceber o papel que esse portador exerceu na vida da cuidadora. Como se ela tivesse adoecido junto a ele, como se a vida

estagnasse sem nenhuma perspectiva, ele interrompeu a vida dela a partir que não pôde lhe dar um filho devido ao seu transtorno mental.

É notável em todas as entrevistas, como a ressocialização desses portadores, o reestabelecimento de vínculos familiares e sociais foi consideravelmente importante para o avanço do quadro clínico. Essa consequência mostra a relevância do processo da luta antimanicomial, que buscava a extinção dos manicômios e o reestabelecimento da cidadania para essas pessoas. É notório também como a resistência no uso da medicação prejudica muito o avanço no quadro psicológico, causa também que leva muitas famílias a internarem esses portadores. Sem utilizar a medicação, começam a ficar agressivos não deixando alternativa. Importante assinalar que se evidenciam famílias que querem se “livrar” do usuário, por isso os internam, tirando assim a responsabilidade e deixando amplamente sobre a responsabilidade plena da instituição.

Para alcançar as conquistas que temos hoje, houve um longo processo histórico de lutas e resistências por parte da sociedade civil. É certo que muito ainda se tem há alcançar, a luta não termina aqui ela continua, para que a cada dia possa melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental e que se proponha políticas para evitar os problemas psicológicos a partir de educação; qualidade de vida; saúde e emprego.

CONSIDERAÇÕES

O trabalho propôs a discutir a relação família e usuário e para isso foi feita uma retrospectiva, passando pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica. Trabalha sobre tais temas nessa monografia foi necessário para uma maior compreensão no mundo da saúde mental para que se possa compreender de maneira mais detalhada. Após esse mapeamento histórico de acontecimentos marcantes no campo da saúde, foi necessária se falar da “cidadania”. Visto que os portadores de transtorno mental eram excluídos do seio familiar e da sociedade, não exerciam seus direitos. Com a rede de cuidado em saúde mental essas pessoas passam a ter uma maior autonomia e reestabelecimento de vínculos familiares e sociais, no entanto estes não possuem uma cidadania plana, visto que seus direitos são muitas vezes violados, a exemplo quando eles são internados em hospitais psiquiátricos contra vontade.

Os serviços substitutivos foram de real importância para a reivindicação aos direitos dos portadores de transtornos mentais. Foi detalhado esses serviços com abrangência nos CAPS. Uma das conexões dessa rede tão ampla que permite serviços diurnos e até noturno a depender do tipo de CAPS. Essa serviço substitutivo foi responsável para a ressocialização de muitas pessoas que estiveram internadas em instituições psiquiátricas e até das pessoas que nunca foram internadas nessas instituições. Disponibilizando serviços psicológicos, clínicos, oficinas, dentre outros. Além de possibilita o fortalecimento de laços desses usuários com seus familiares. Verifica-se como os familiares exerce grande importância para a vida dos portadores de transtorno mental, seja pelo cuidado, compreensão, carinho, companheirismo.

Por fim cheguei ao lócus da pesquisa onde foi apresentado o CAPS de Cruz das Almas-BA e foi realizada a entrevista semiestruturada com familiares de usuários deste CAPS. Busquei que me falassem sobre a relação desses usuários na instituição psiquiátrica em comparação ao CAPS e qual impacto essa mudança teve na família, além de procurar entender como foi o processo de adoecimento. A entrevista está disponível em anexos deste trabalho.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Elisângela Braga de. Rede de Cuidado da Saúde Mental: **Tecendo Prática de Inclusão Social no Município de Campina Grande-PB**.2010. 145p. Dissertação (Pós-Graduação). Universidade Federal da Paraíba/PB. Disponível em:<http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1463> Acessado em:18 mar.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em:<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em:15 mar.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acessado em: 18 mar. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Direitos Humanos e Saúde Mental**. Disp:<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/direitos-humanos-em-saude-mental>>. Acessado em: 20 mar. 2014.

BLIBIOTECA VIRTUAL(Brasil). **Reforma Sanitária**. [S.l.]. Disponível em:<<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 15 mar.2014.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: Uma análise institucional da prática.- 3. ed.- São Paulo: Cortez, 2011.

BORGES, Francisca Maria Oliveira. **O Nascer da Reforma Psiquiátrica**. Disponível em:< <http://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatica>>. Acesso em:16 mar.2014.

CIRILO, Livia Sales. Novos Tempos: Saúde Mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares. 2006. 168p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba/PB, 2006. Disponível em: http://bdtd.uepb.edu.br/tde_arquivos/1/TDE-2009-08-07T102615Z-55/Publico/LiviaSalesCirilo.pdf. Acesso em 17 mar. 2014.

COHN, Amélia. **Caminhos da Reforma Sanitária** . Revista de Cultura e Política. São Paulo: Lua Nova, n.19, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009>. Acesso em: 15 mar. 2014.

CORREIA, Fernanda Guimarães. **Reflexões sobre o conceito de cidadania e suas bases históricas no Brasil**. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/43/fernanda_correia_43.pdf. Acesso em 17 mar. 2014.

.FREITAS, Lúcia. **Como surgiu o movimento da Reforma Sanitária no Brasil**. Disponível em: <<http://www.luciafreitas.com.br/blog/?p=372>>. Acesso em: 15 mar. 2014

FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro: Breve análise sobre o movimento pela Reforma que deu origem ao Sistema único de Saúde-SUS**. 2011. 41p. Dissertação(Graduação em Sociologia). Universidade de Brasília/DF, 2011. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/2682/1/2011_AnaJuliaCastroFernandes.pdf> . Acesso em: 15 mar.2014.

HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. Rio de Janeiro.2010. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=8RciFbPH0I4>>. Acessado em: 15 mar.2014.

<http://www.dicionariodoaurelio.com>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

LUIZA, Ana. Serviços Substitutivos de Saúde Mental. Disponível em: <<http://psi-saude.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

MEDEIROS, Soraya Maria; GUIMARÃES, Jacieleide. **Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate**. São Paulo: Ciênc. Saúde Coletiva, v.7, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300014>. Acesso em: 17 mar. 2014.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos.** Texto contexto- enferm., Florianópolis, v.17, n.4, dez.2008. Disp:< <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-07072008000400008?BOCALE=en>>. Acessado em:20 mar.2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira:** Contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.356p.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3.ed- São Paulo, Cortez, 2011.

TUNDIS, Silvério Almeida (org.); COSTA, Nilson do Rosário (org). **Cidadania e Loucura:** Políticas de Saúde Mental no Brasil.- 8. Ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.); ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; BISNETO, José Augusto(org). **Saúde Mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade- 5. ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

WALBERT, Allan. **Saúde mental:** transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros. Disp:<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>. Acessado em: 20 mar. 2014.

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade: ____ anos Data de nascimento: ____/____/____

Endereço:

Estado civil: () casado (a) () solteiro(a) () união estável () viúvo (a) () separado(a) () outro _____

Como o(a) sr(a) se considera?: () Branco () Pardo () Mulato () Negro () Amarelo () Indígena () Outros

Religião: () Protestante () Católico () Espírita () Candomblé () Testemunha de Jeová () sem religião () outro _____

Grau de escolaridade: () Alfabetizado () Não alfabetizado () 1ª a 4ª série do ensino fundamental I (antigo primário) () 5ª a 8ª série do ensino fundamental II (antigo ginásio) () Ensino médio (2º grau incompleto) () Ensino médio (2º grau completo) () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () Pós graduação

Local onde nasceu: _____

Quantas pessoas residem com o Sr(a)? _____ Qual o grau de parentesco?: () Filhos () Esposo () Irmão () cunhado/a () mãe () pai f) () outros _____

Situação ocupacional: () empregado () desempregado () aposentado () pensionista () outro ____

Qual a sua renda? a) () Sem rendimento b) () Até 1/2 S M c) () De 1/2 a 1 SM d) () De 1 a 2 S M e) () De 3 a 5 SM f) () De 5 a 7 SM g) () Acima de 8 SM Qual sua principal fonte de renda? _____

31.2 Qual a renda familiar? a) () Sem rendimento b) () Até 1/2 S M c) () De 1/2 a 1 SM d) () De 1 a 2 S M e) () De 3 a 5 SM f) () De 5 a 7 SM g) () Acima de 8 SM Quantas pessoas na família contribuem para essa renda? _____

Situação do seu domicílio: a) () Próprio b) () Alugado () Invadido d) () Cedido () outros

Tem plano de saúde? () sim () não

1-Desde quando ele(a) sofre com transtorno mental?

2-Quais os primeiro sinais que o usuário demonstrou que sofria distúrbio mental?

3-Como foi o processo de aceitação? E quais impactos houveram com a confirmação do diagnóstico?

4-Quais medidas foram tomadas?

5-Quantas vezes o usuário foi internado em Instituição Psiquiátrica? Por quê?

6-Quanto tempo ele(a) ficou em cada internação?

7-O Sr(a) visitava-o(a) com qual frequência?

8-O que achava sobre o quadro clinico dele(a)?

9-Ele(a) reclamava sobre a internação?

- 10-Ao receber alta houve mudanças, melhoras, retrocessos?
- 11-Como chegou ao CAPS?
- 12-Qual sua opinião sobre o CAPS na vida dele(a) e da família?
- 13-Ele(a) gosta de vir ao CAPS?
- 14-Participa com qual frequência?
- 15-O usuário exerce atividade remunerada?
- 16-Estuda?
- 17-Quantos medicamentos ele(a) utiliza?
- 18-Quais atividade é realizada no CAPS? Qual ele(a) mais gosta?
- 19-Ele(a) faz atividades físicas e/ou exerce outra(as) atividade(s) fora do CAPS?
- 20-O Sr(a) está envolvido nas atividades no CAPS? Por quê?
- 21-O usuário tem sua própria família: esposo(a), filhos?
- 22-Qual a relação dele(a) com a família e vizinhos depois do CAPS?
- 23-Existe algum empecilho para ele(a) vir ao CAPS? Qual(is)?
- 24-O problema dele interferiu na sua vida? De qual forma?
- 25-O Sr(a) se considera necessário de suporte psicológico? Por quê?
- 26-Em sua opinião o que poderia melhorar no CAPS?
- 27-Gostaria de falar algo mais?
- 28-No trabalho, o nome do Sr(a) não será mencionado. Qual desses nomes gostaria de ser chamado:
- () Resistência
 - () Esperança
 - () Amor
 - () Dedicação
 - () Rafa
 - () Dani
 - () Denise

()Léo



“Vista aérea do Palácio Universitário ([UFRJ](#)), Antiga sede do Hospício Pedro II, construído 1842-1852.”



Eletrochoque



Lobotomia



CAPS de Cruz das Almas-Ba.



CAPS de Cruz das Almas-Ba

