

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
UFRGS
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

**OLHAR DA FAMÍLIA SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA REFERÊNCIA
BIBLIOGRÁFICA**

Sabrina Souza de Fraga
Orientador: Prof^a Francilene Rainone

**PORTO ALEGRE
2011**

SABRINA SOUZA DE FRAGA

**OLHAR DA FAMÍLIA SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA REFERÊNCIA
BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada pela pós graduada **Sabrina Souza de Fraga** como exigência do curso de pós-graduação em **Educação em Saúde Mental Coletiva** da Faculdade **UFRGS** sob a orientação da professora Francilene Rainone

**PORTO ALEGRE
2011**

OLHAR DA FAMÍLIA SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO: UMA REFERÊNCIA
BIBLIOGRÁFICA

SABRINA SOUZA DE FRAGA

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Nome Completo (orientador)
Titulação-Instituição

Nome Completo
Titulação-Instituição

Nome Completo
Titulação-Instituição

CONCEITO FINAL: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, amigo sempre presente, sem o qual nada teria feito.

Ao Emerson, que sempre incentivou meus sonhos e esteve sempre ao meu lado.

RESUMO

Este trabalho de monografia tem o objetivo de mostrar, o olhar da família sobre o sofrimento psíquico em seu convívio familiar e social. Sendo utilizadas referências bibliográficas, identificando que os familiares dos usuários têm muita dificuldade de compreensão e entendimento sobre o surgimento do sofrimento psíquico, não conseguindo muitas vezes, lidar com a atual situação. Sendo que o tratamento na maioria dos casos, não é iniciado precocemente e nem buscam, por desconhecimento um tratamento mais especializado para a doença de seu ente. Observa-se que o CAPS II, tem sido um lugar, onde os usuários se sentem melhor nos sintomas e nas relações, mesmo buscando ajuda tarde. Faltam ainda, os profissionais de saúde favorecer transformações para as famílias poderem lidar com o usuário de uma maneira de não exclusão da sociedade.

A partir deste trabalho, aponta-se para que os familiares necessitam de grupos de informações sobre a doença mental, para perceberem o início da agudização do quadro e com isso possibilitar o tratamento adequado.

Palavras chaves: Família, Doença Mental, Enfermagem e CAPS II.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL	09
1.1 – A INFLUÊNCIA DOS FATORES CULTURAIS, BIOLÓGICOS, GENÉTICOS, PSICOLÓGICOS E AMBIENTAIS SOBRE A SAÚDE E DOENÇA MENTAL	10
2 – BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA.....	12
2.1 – AS NOVAS DIRETRIZES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	13
3. O PAPEL ESTRATÉGICO DO CAPS	16
3.1 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I)	17
3.2 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS II)	17
3.3 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III)	17
3.4 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS i)	18
3.5 – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS AD)	18
4. INCLUSÃO SOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	19
5. AUTONOMIA E CIDADANIA.....	20
6. FAMÍLIA	21
6.1 – FAMÍLIA EFICAZ E INEFICAZ	21
6.2 – O DOENTE MENTAL E SUA FAMÍLIA.....	22
7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O DOENTE MENTAL	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	28

INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico consiste na forma empírica, num desequilíbrio psíquico que se pode manifestar através de diversos sinais e sintomas que dificultam o desenvolvimento da vida habitual da pessoa. (ESPINOSA, 2001).

Fatores de caráter decisivo (biológico, psicológicos e sociais), podem alterar o equilíbrio dinâmico que mantém a pessoa num estado crítico de saúde. O mais freqüente é a ocorrência de vários fatores influenciando o comportamento humano, que podem constituir um risco de alteração da saúde mental. (TEIXEIRA, 1996).

Os sofrimentos psíquicos estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida. Eles estão presentes entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. É muito errônea a idéia de que os distúrbios mentais são problemas das áreas industrializadas e relativamente mais ricas. Igualmente é incorreta a crença de que as comunidades rurais, relativamente não afetadas pelo ritmo rápido da vida moderna, não sofrem distúrbios mentais. (TAYLOR, 1992).

A família do paciente com a doença mental é a principal fonte de apoio e ajuda como toda instituição social apresenta aspectos positivos de apoio e solidariedade. Por outro lado, apresenta aspectos negativos com a imposição normativa, através de seus usos e costumes que implica em uma grande geradora de conflitos e ambigüidade dos conflitos, a família, no entanto é a “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade e do bem-estar físico dos indivíduos, sobretudo durante o período da infância, adolescência e adulta. (ROCHA, 2005).

A doença mental não reside sozinha, mas sim com a interação da família, que é a principal fonte de ajuda e apoio que o paciente com doença mental necessita para poder fazer um tratamento especializado no início da doença mental e poder entender os primeiros sinais e sintomas da doença mental em seu âmbito familiar. Com isso poder observar se teve alguma modificação no contexto familiar após o tratamento especializado.

A escolha do tema desta monografia é sobre o olhar da família em relação ao aparecimento do sofrimento psíquico, surgiu com a interrogação de porque os familiares dos usuários não procurarem tratamento especializado no início da

doença mental. Com a minha experiência prévia no CAPSII, me chamou a atenção que um grande número de pacientes atendidos, já haviam tido várias crises psiquiátricas e os familiares não tinham procurado nenhum tipo tratamento. Nota-se que os usuários tiveram um grande prejuízo e retardamento no tratamento de sua doença mental.

O presente trabalho tem como objetivo mostrar através das referências, de que existem familiares destes usuários com desconhecimento da doença mental, mas costumam enfrentar este problema na sociedade.

1-SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL

Saúde mental caracteriza-se pela maneira que uma sociedade de determinada época reage a comportamentos considerados apropriados e/ou adequados, baseando-se em normas culturais, regras e conceitos próprios de um aprendizado da realidade através do enfrentamento e solução de conflitos e problemas vivenciados. (TEIXEIRA, 1996).

A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS e a Organização Mundial de Saúde OMS (2001) têm chamado atenção para o crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, principalmente nas últimas décadas. Segundo essas organizações estimam-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos. Ressalta-se, também, que os sofrimentos psíquicos representam quatro, das dez principais causas de incapacitação, em todo o mundo, embora a maioria seja de caráter prevenível.

Devido a essa problemática a OPAS e a OMS conclamam os governos a investirem em políticas de saúde para enfrentarem essa situação, priorizando medidas de promoção da saúde mental e de prevenção dos transtornos mentais, além do tratamento e da reabilitação psicossocial, daqueles que padecem com transtornos mentais severos. Os estudos da OPAS/OMS (2001) mostram que, no ano 2000, cerca de 12% da população apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental, e que, em 2020, ocorrerá um crescimento desses transtornos para um índice de 15%.

Segundo a OMS, é o estado relativamente persistente, no qual um indivíduo logra integrar as suas tendências instintivas de maneira razoavelmente satisfatória para si mesmo, refletida em sua alegria de viver, na sua sensação de auto-realização, como também de adaptação ao ambiente social, e na satisfação de relações interpessoais e realizações. A doença mental deriva do que se acredita serem os seus fatores causais, como a hipótese biológica, do aprendizado, cognitiva, psicodinâmica e ambiental. (SOUSA, 2006).

A palavra doença vem do latim e significa desvio da saúde, isto é, desvio do estado normal. A doença mental caracteriza-se por uma falha do indivíduo em comportar-se de acordo com as expectativas de sua comunidade. (TEIXEIRA, 1996).

Segundo (RODRIGUES, 1996) A saúde e a doença são estados opostos, mas diferentes graus de adaptação do organismo ao ambiente biológico e social.

1.1 - A Influência dos Fatores Culturais, Biológicos, Genéticos, Psicológicos e Ambientais sobre a Saúde e Doença Mental.

Segundo (TAYLOR, 1992) Todos os seres humanos vivem dentro de um ambiente sócio-econômico que causa um impacto profundo e contínuo na modelagem do comportamento e dos valores. Em grande parte, os comportamentos que supostamente definem a saúde e as doenças mentais estão relacionadas à cultura.

A idade e o sexo estão associados com transtornos mentais e comportamentais. Já foi demonstrada a associação dos transtornos mentais e comportamentais com perturbações da comunicação neural no interior de circuitos específicos. Na esquizofrenia, anormalidades na maturação dos circuitos neurais podem produzir alterações detectáveis na patologia no nível das células e dos tecidos grossos, as quais resultam no processamento incorreto ou mal adaptativo de informações (OMS, 2004).

Segundo (ESPINOSA, 2001) Fatores pré-natais, como o consumo de fármacos, fumo e álcool, a exposição à radiação, ou o estilo de vida da mãe, podem afetar as condições fisiológicas e de aprendizagem e a adaptação posterior da criança. Causas orgânicas: deve-se a infecção, traumatismo, tumores, vasculopatias, intoxicações e qualquer agente nocivo que afete o sistema nervoso central.

Segundo (TAYLOR, 1992) Alguns estudos recentemente indicam que algumas pessoas têm uma predisposição genética para vários transtornos psiquiátricos importantes. Isso significa que alguns indivíduos herdaram uma maior tendência para desenvolver um tipo de doença mental do que outros.

Segundo (PEREIRA, 2003) O conceito de doença mental está ligado à hereditariedade foi mencionado por sujeitos que tem familiares com história de longa internação anterior, para o tratamento psiquiátrico tradicionais. Assim, a referência ao “sangue fraco” do tio, do pai é lembrada, apesar da vergonha.

Existem também fatores psicológicos individuais que se relacionam com a manifestação de transtornos mentais e comportamentais. Um importante achado ocorrido no século XX e que deu forma à compreensão atual, é a importância decisiva do relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância. O cuidado afetuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança

pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. (OMS, 2004)

Nos desenvolvimentos psicológicos da pessoa podem existir fatores inadequados na evolução do desenvolvimento psicoinstintivo, utilização maciça de mecanismos de defesa, debilidade do “eu”, e conflitos intrapsíquicos ou pontos de fixação que favorecem a posterior regressão que predispõem para a perturbação mental, com intervenção de outros fatores coadjuvantes ou desencadeantes relacionados com o ambiente em que vive a pessoa (ESPINOSA, 2001).

Segundo (ESPINOSA, 2001) Considera-se que o fator ambiente supõe crise ou mudança para o indivíduo e que poderia desencadear uma perturbação. Quando as pessoas necessitam mudar do meio onde vivem, estão sujeitas a algum agravamento que pode ressaltar em problema de saúde.

As formas de se compreender a doença apresentam variabilidade de acordo com o nível sócio cultural dos sujeitos pesquisados, enquanto, alguns associam este fenômeno a uma doença de ordem biológica, psicológica ou social, outros vêem como “desequilíbrio” ou grande complicação. É notório, portanto, o precário nível de compreensão dos familiares sobre o adoecer psíquico, dessa forma, gerando conflito no âmbito das relações familiares (BARROSO, 2004).

2 – BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA

No início, o louco no Brasil ficava recluso em sua própria casa, permanecendo, assim, silenciosa à questão da saúde mental. No Brasil colônia, o louco se junta a uma grande massa de inadaptados, desempregados, pretos alforriados, mulatos e criminosos, que era confinada nos porões das Santas Casas. Vários são relatos de maus-tratos, espancamentos e punições, sendo poucas as alternativas de assistência propriamente dita. A história da psiquiatria brasileira pode ser descrita por expressão-exclusão. (MACHADO, 1999).

A loucura, porém, não está somente ligada às assombrações e aos mistérios do mundo, mas ao próprio homem, às suas fraquezas, às suas ilusões e a seus sonhos, representando um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. Aqui, portanto, a loucura não diz respeito à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo. (FOUCAULT, 1997).

Foucault, portanto, problematiza a idéia de confusão que é atribuída à percepção clássica da loucura e a noção de que a ciência positiva do final do século XVIII liberta o louco desse confinamento que interna, no mesmo local, o enfermo, o libertino, a prostituta, o imbecil e o insano, sem indicar nenhuma diferença entre eles. Se ao final do século XVIII e principalmente a partir do século XIX essa confusão entre criminosos e loucos provocará espantos, temos que perceber que a era clássica tratava-os de forma uniforme. Mas essa indistinção não deve ser entendida como uma ignorância, mas em sua positividade e em sua própria racionalidade. (FOUCAULT, 1997).

Não é nosso saber que se tem de interrogar a respeito daquilo que nos parece ignorância, mas sim essa experiência a respeito do que ela sabe sobre si mesma e sobre o que pôde formular com relação a si própria (Foucault, 1997: 83).

A psiquiatria positivista, para Foucault, não libertou os loucos da confusão da era clássica que misturava desatino e loucura e nem a transformou em “humana”. O que ocorreu foi, ao longo do século XVIII, uma transformação na consciência da loucura. A psiquiatria positivista não representou uma evolução no quadro de um movimento humanitário que se aproximava aos poucos da realidade humana do

louco¹, como também não foi o resultado de uma necessidade científica que tornava a loucura mais fiel àquilo que poderia dizer de si mesma. É no próprio internamento que essa transformação se dá e é a ele que se deve prestar atenção para entendermos essa nova consciência da loucura que acaba de emergir. A crítica política do internamento, no século XVIII, não funcionou no sentido de uma libertação da loucura, permitindo aos alienados uma atenção mais filantrópica, mas uniu ainda mais a loucura ao internamento, como Foucault defende na seguinte passagem: O fato de haver tomado suas distâncias, de ter-se tornado enfim uma forma delimitável do mundo perturbado do desatino, não libertou a loucura; entre ela e o internamento estabeleceu-se uma profunda ligação, um elo quase essencial. (FOUCAULT, 1997: 398).

O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria com especialidade médica é recentemente na história da humanidade – aproximadamente 200 anos. A partir do século XVIII é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber e vivenciar a condição humana. A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se “o diferente”, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. (GONÇALVES, 2001).

A reforma psiquiátrica brasileira encontra seus principais fundamentos teóricos nessa concepção, propondo-se a seguir a visão teórica adotada na reforma italiana. Entretanto, vale ressaltar que o processo histórico de lidar com a loucura no Brasil tiveram peculiaridades que o distinguem bastante daquele observado na Europa. (SILVEIRA, 2005).

2.1 - As Novas Diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Segundo (ROCHA, 2005) No final da década de 70, em que o Brasil vivia sob ditadura, com um grande número de leitos psiquiátricos no setor privado (a previdência social destinava enormes recursos para esse setor), a doença mental se transformou em fonte de lucro. Baseavam-se então alternativas diversas de tratamento, visando à superação manicômio.

¹ Aqui o termo louco entendido como Foucault o situava, um sujeito com transtorno mental grave

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

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo histórico de reformulação do modelo psiquiátrico em suas práticas e saberes. Mais do que isso se consistia num movimento por nova ética de pessoas portadoras de transtornos mentais que há mais de 30 anos congrega profissionais, auxiliares de serviços, familiares, associações e outras organizações. (ROCHA, 2005).

Segundo divulgado pelo Ministério da Saúde, o número de hospitais psiquiátricos no país reduziu de 313, em 1991, para 260, em 2001, enquanto o número de leitos especializados caiu de 86 mil para 62 mil, no mesmo período. Paralelamente a este fator, dos três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) existentes em 1991 passamos para 266 em 2001. (BORSA, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (MS, 2005).

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (MS, 2005).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda

assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (MS, 2005).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros dos hospitais, “confinando-o” à vida em casa, aos de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (GONÇALVES, 2001).

3 - O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CAPS

Segundo (ROCHA, 2005) Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestarem atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizarem a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

Centros de Atenção Psicossocial no Brasil não podem fugir da importância que o processo de desinstitucionalização e a luta antimanicomial exerceram na construção dessa nova realidade em relação à saúde mental. Como já citado, foi a partir desses movimentos que surgem os CAPS com a proposta de ser e funcionar como uma unidade para desenvolver um trabalho qualitativamente distinto das práticas e modelos de atendimento mental na rede pública. (BORSA, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O acompanhamento aos pacientes com transtorno mental é oferecido num espaço terapêutico onde busca entender e instrumentalizar o usuário desse serviço para o exercício da vida civil.

3.1 - Centro de atenção psicossocial (CAPS I)

São os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Têm como clientela adulta com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. (MS, 2005).

3.2 - Centro de atenção psicossocial (CAPS II)

A portaria nº. 336 de 2002 do ministério da saúde definiram modalidade do CAPS II, que compreende o atendimento ao público em saúde mental, com transtornos mentais graves e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. (MS, 2005).

Segundo (ROCHA, 2005) Para o atendimento em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes, para atender a 30 clientes por turno, já exige um médico psiquiatra com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seus profissionais de nível médio. Os CAPS II são serviços de atenção diária, com abrangência territorial, que oferecem suporte familiar, propiciam a reintegração social.

Segundo (SMS, 1997) os CAPSII são serviços de atenção diária, com abrangência territorial escrita, que oferecem suporte familiar, procuram a reinserção social e laborativa desta clientela e a participação comunitária, para reverter o estigma que envolve o paciente psiquiátrico.

3.3 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III)

São os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total

do país. Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). (MS, 2005).

3.4 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS i)

Especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. (MS, 2005).

3.5 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD)

Especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenário epidemiológica importante, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana. (MS, 2005).

4 – INCLUSÃO SOCIAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A inclusão social, é um processo para a construção de um novo tipo de sociedade, através de transformações, pequenas e grandes, nos ambientes físicos (espaços internos e externos, equipamentos, aparelhos e utensílios mobiliário e meios de transporte) e na mentalidade de todas as pessoas, e portanto, também do próprio portador de necessidades especiais. O processo de inclusão vem sendo aplicado em cada sistema social. Assim, existe a inclusão na educação, no lazer, no transporte, etc. Quando isto acontece, podemos falar em educação inclusiva, no lazer inclusivo, no transporte inclusivo e assim por diante. Uma outra forma de referência consiste em dizermos, por exemplo, educação para todos, lazer para todos, transporte para todos. (WIKIPEDIA, 2007).

Segundo (ROCHA, 2005) Reabilitação psicossocial é um conceito de movimento e de luta por uma vida mais digna das pessoas que apresentam transtornos mentais. É o conjunto de meios de atividades que se desenvolvem usando melhorar a qualidade de vida dos que apresentam problemas sérios e persistentes no campo da saúde mental.

A reabilitação psicossocial, como tecnologia de cuidado no contexto da reforma psiquiátrica, busca resgatar a potencialidade de produção de comunicação, relações e vínculos com usuários dos serviços de saúde mental. Redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito: um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida (KANTORSKI,2002).

5 – AUTONOMIA E CIDADANIA

Segundo (ROCHA, 2005) Autonomia é uma palavra-chave não no sentido de auto-suficiência ou independência, mas de favorecer a capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida.

No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde. (MS, 2006)

Na nova economia de informação, cada indivíduo é considerado um ser humano produtivo. Essa nova liberdade individual é fundamental para o desenvolvimento humano, ampliação do senso crítico e para tornar o indivíduo mais participativo na sociedade. O autor frisa que todos os seres humanos têm a capacidade de formar opiniões, modificá-las, defendê-las e também ouvir argumentos e revisar suas opiniões. Não podemos dizer que isso é uma verdade absoluta. Nem todas as pessoas têm essa percepção o ideal seria que tivessem ao ponto de entenderem que podem usufruir das novas opções que a nova economia de informação disponibiliza e agirem como produtores de informação e agentes de processos. (WIKIPEDIA, 2007).

A cidadania (do latim, *civitas*, "cidade"), em Direito, é a condição da pessoa natural que, como membro de um Estado, encontra-se no gozo dos direitos que lhe permitem participar da vida política. A cidadania é o conjunto dos direitos políticos de que goza um indivíduo e que lhe permitem intervir na direção dos negócios públicos do Estado, participando de modo direto ou indireto na formação do governo e na sua administração, seja ao votar (direto), seja ao concorrer a cargo público (indireto). (WIKIPEDIA, 2007).

6 - FAMÍLIA

Considera-se família duas ou mais pessoas relacionadas entre si por vínculos de sangue ou legais (casamento, adoção). Tem característica de identificar-se e ser identificada por outros como tal. (TEIXEIRA, 1996).

Na vida diária, quando falamos de família, não nos parece necessário defini-la. Partimos do pressuposto de que todos têm em mente um significado idêntico, uma vez que a maioria de nós faz parte de uma unidade familiar. Ela se apresenta sob os mais variados tipos; há a família chamada nuclear composta por pai, mãe e filhos, e a extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas. (BUB, 1994).

Por tanto a sociedade, como um todo, é muito afetada pela família, tanto direta como indiretamente, tanto no presente quanto no futuro. Outras instituições sociais, tais como as escolas e a igreja, certamente são fundamentais para a sociedade, mas acredita-se que são estruturas organizacionais que preenchem funções que historicamente eram próprias da família. (TAYLOR, 1992).

As normas do funcionamento familiar têm uma dependência em relação à cultura e aquilo que é considerado adequado em determinada sociedade pode ser patológica em outra. (CARNEIRO, 1996).

6.1 - Família Eficaz e Ineficaz

Uma família bem estruturada é capaz de lidar com problemas de maneira produtiva, quando eles surgem. Já as famílias desestruturadas mostram sinais de um estresse contínuo e não resolvido, manifestado por todo o sistema ou por um de seus membros. (TAYLOR, 1992).

6.2 - O Doente Mental e sua Família

O doente mental tem sido historicamente segregado, sua família não reconhece como um de seus membros e o afasta, como uma forma de negar a doença. (TEIXEIRA, 1996).

Acredita-se que qualquer tentativa de tratar o individuo isoladamente de suas famílias é inútil para ele, pois os principais passos na promoção e prevenção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar.(TEIXEIRA, 1996).

Segundo Waidman (2001) a maioria dos familiares refere que o portador de doença mental apresenta comportamento estranho desde pequeno, porém, a maioria apresenta a doença a mais de 10 anos. Na ótica de Colvero (1994) aprendemos que depois da primeira crise diagnosticada os familiares foram capazes de nomear a doença mental de seu filho ou irmão com um comportamento diferente, perceptível desde a infância ou adolescência, um período da vida antes do aparecimento da doença mental, mas que foi sendo atenuado, suportado na tentativa de relativizar sua gravidade.

Segundo literatura mostra que a família, sobretudo, na fase inicial da doença mental, tem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para seu ente enfermo, mas seus recursos emocionais, temporais e econômicos e seus saberes têm que ser bem direcionados, cabendo aí uma contribuição importante dos trabalhadores e dos serviços psiquiátricos (ROSA, 2005).

Rosa (2005) achou resultados, mostrando que os familiares que procuram ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com a situações de crises vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo para não conseguir ver uma saída para os problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita.

O posicionamento de atitude dos familiares, bem com a cultura vigente na sociedade, considera o desequilíbrio como causa ou conseqüência da enfermidade

mental, implicando um certo olhar, um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar. E, portanto, contribui muito para acentuar os sentimentos de culpa, impotência e frustração experimentados pelas famílias do doente mental (SOUSA, 2005).

É de suma importância a participação da família no processo de tratamento do membro afetado para entender quais os sinais e os sintomas da doença a importância medicamentosa e psicossocial, recendo orientações através de reuniões psicoeducativas domiciliares e/ou terapia familiar caso seja necessário, para melhorar as relações familiares da evolução da doença evitando recaídas e aliviando a sobrecarga dos familiares (WAIDMAN, 2001).

7 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM DOENTE MENTAL

Para que haja um cuidado autêntico por parte do enfermeiro, não é necessário que esse modifique a estrutura social da instituição, mas atue de forma humanitária. Acredito que para atuar de maneira humanitária é necessário que haja proximidade e conhecimento do próprio “eu” do enfermeiro, antes de uma proximidade com o outro, ou seja, o cuidar autêntico se dá quando o enfermeiro percebe o doente mental como alguém que existe em seu modo peculiar de existência, a partir da percepção de si mesmo enquanto ser cuidador e agente transformador da realidade. (BRESSAN, 2003).

É preciso coragem, competência, audácia e ciência. É preciso arte, interdisciplinaridade e espírito de união para enfrentar o cuidado ao doente mental e à sua cuidadora, porque o cuidado destes se faz no cotidiano de suas vidas, na práxis, no encontro com a diferença – “a loucura dos loucos pela vida”. (GONÇALVES, 2001).

Segundo Bressan (2003) a aliança profissional-paciente-familiar se faz necessário na reabilitação de crises da doença. Somos parceiros nesta caminhada e temos como objetivo maior a qualidade de vida de ambos, familiar e portador de transtorno mental, pois sabe o sofrimento a doença gera em todas as pessoas envolvidas no processo do adoecimento que requer atenção e cuidados especializados.

Segundo Waidman (2001) é importante ressaltar que os profissionais que atuam na área de saúde mental percebam a necessidade de desenvolverem trabalhos que visem a envolver a família no tratamento, de forma a apoiá-la, apoiá-la e orientá-la na árdua tarefa de cuidador de um doente mental, e com isso, manter o doente mental desinstitucionalizado e tratado dignamente, pois não adianta estar em casa e ser visto como um peso, sem atividades, sem respeito e sem valor.

O trabalho da Enfermeira no CAPS deve ser desenvolvido com os seguintes objetivos: planejar, programar, avaliar a assistência de enfermagem, a cada paciente ou grupo de pacientes; criar e manter o ambiente terapêutico voltada para a realização das diversas atividades do CAPS; atuar junto ao cliente, à família e à equipe no atendimento de suas necessidades básicas para obtenção de uma saúde, física e mental; colaborar na formação e aperfeiçoamento de novos profissionais na

área de saúde mental e demais profissionais interessados na área, (TOWNSEND, 2002).

Desenvolve ainda funções de: pré-consulta de triagem, dividindo essa atividade com outros membros da equipe; consulta especializada de enfermagem psiquiátrica; organização e liderança de grupos terapêuticos; palestras, orientações, coordenação e elaboração de trabalhos na área de saúde mental para o CAPS, a família e a comunidade; organização e manutenção do serviço de enfermagem e do SAME; atendimento individual, grupal, eletivo ou de urgência, (GOMES, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de monografia mostra que os familiares na maioria das vezes, não compreendem o que é doença mental não entendendo, portanto o sofrimento psíquico, mesmo sendo ela vivenciada em seu ambiente familiar. Neste sentido, os familiares percebem o sofrimento, somente na fase adulta e denotam insegurança e desconforto ao saber do diagnóstico de seu familiar com doença mental, sendo então considerado um sentimento de impotência frente à situação e o diagnóstico.

O familiar passa a compreender o sofrimento psíquico de seu ente, através da piora do quadro, com as alterações comportamentais e relacionais impostas pela patologia. Porém tem dificuldade de procurar e, por conseguinte aderir ao tratamento. Neste sentido, nota-se que o familiar tem dificuldade em buscar ajuda para o usuário, tendo como conseqüência, uma piora significativa em seu funcionamento mental e de seus pares sociais.

O CAPS II tem um atendimento qualificado no tratamento e acompanhamento dos transtornos mentais graves, uma vez que o usuário inserido tem significativas melhoras no comportamento com as pessoas que por muitas vezes, fora de um tratamento, ele não consegue se relacionar com a sociedade. E a relação aos profissionais de saúde, denota-se que favorecem as transformações para a família de uma maneira de não exclusão da doença.

O que ainda faltam nas redes de saúde, são grupos ou oficinas de apoio transmitindo conhecimento e entendimento para as famílias, sobre o sofrimento psíquico, como identificar e com isso, eles poderão lidar, um pouco melhor no suporte em casa, para o usuário conseguir chegar até o tratamento especializado.

Os familiares denotam dificuldade no entendimento inicial da doença mental, mas principalmente demonstram que a estrutura familiar encontra-se abalada. O sentimento de impotência com relação às resoluções e as situações geradas pela doença mental.

As constatações apontam para que haja um trabalho prévio junto à população e os próprios familiares de doentes mentais.

O trabalho em saúde mental tem suas particularidades, uma vez que não lida somente com fatores e causas concretas. Porém a atenção em saúde mental deve levar em consideração as conseqüências individuais, familiares e nas repercussões

sociais. Este entendimento pode apontar para um trabalho preventivo, não somente no âmbito da questão patológica, mas já no cunho da prevenção secundária, onde se trabalharia as informações pertinentes à identificação da sintomatologia mental, suas concepções e os mecanismos de enfrentamento.

O trabalho em equipe interdisciplinar que é desenvolvido nos Caps mostra o quanto é importante um olhar desta equipe para o desenvolvimento de ações preventivas e informativas perante os familiares dos usuários com transtornos mentais graves. É nesta direção que esta pesquisa aponta a necessidade de poder acompanhar também os familiares neste percurso que é o tratamento e acompanhamento dos doentes mentais num serviço de saúde mental. A família os responsáveis pelos usuários são parte de uma rede de sustentação tanto quanto os Caps, as equipes e os medicamentos.

REFERÊNCIAS

BARROSA, Ana Gláucia Carvalho, et.al. Transtornos mentais: Os significados para os familiares no Estado de Fortaleza. V. 5, n. 2, 2004.

BORSA, J. C; DELWEIN, K. E. Conhecendo a realidade da saúde mental no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de Psicologia da PUC**. RGS, v. 36, n. 2, 2005.

BRESSAN, V. R. Emoções expressas por familiares de portadores de transtorno mental e sua influência na evolução da doença no Estado de São Paulo: centro de atenção médica e psicossocial à saúde mental. São Paulo, V. 6, n. 3, 2003.

BUB, Lydia Ighes Bossi; et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. **Série enfermagem**. Florianópolis: DAUFSC, 1994.

CARNEIRO, Terezinha. **Família: diagnóstico e terapia**, 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Aparecida Cosnardi; ROLIM, Marli Alves; Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de enfermagem**. São Paulo, v. 38, n. 2, 1994.

Direitos políticos origem: Wikipédia a enciclopédia livre. Redirecionado de cidadania, Brasil, Out. 2007. **Wikipédia**. Disponível em:< <http://pt.wikipedia.org>>

ESPINOSA, Ana Maria Fernandez. Guias práticas de Enfermagem, Psiquiatria, **Volumes da serie, MC Graw Hill**: Rio de Janeiro, 2001.

FOUCAULT, Michel. A História da Loucura na Idade Clássica. 1997. São Paulo, Perspectiva.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Latino-americana de enfermagem**. São Paulo, V. 9, n. 2, 2001.

Informações e Noticias em Saúde. **News Méd**, Brasil, set. 2007. Disponível em: <<http://news.med.br>>.

KANTORSKI, Luciane Prado; PITIÁ, Ana Celeste de Araújo; MIRON, Vera Lúcia; A reforma psiquiátrica nas publicações da revista "saúde em debate" entre 1985 e 1995 no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Revista eletrônica de enfermagem, v.4, n. 2, p. 03 – 09, 2002.

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de São Paulo, Brasil. **Revista ciência & saúde coletiva**. V. 9, n. 2, São Paulo, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília, nov. 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br>

Saúde mental/álcool e drogas. Brasília, nov.2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/sas/mental/visualizar_texto.cfm?id...>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde**. Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001. Disponível <http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse> Acesso em: 25 fev. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista interface-comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 7, n. 12, p.71-82, fev. 2003.

POLIT, Denise F. Fundamentos de pesquisa de enfermagem. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

RODRIGUES, Antonia. **Enfermagem psiquiátrica**. 3. ed., São Paulo: Pedagógica e universitária, 1996.

ROCHA, Ruth M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental no Estado de Belo Horizonte, Brasil. **Revista em psicologia**. Belo Horizonte, v.11, n. 18, P. 205-218, dez. 2005.

SCATENA, M. R. M. O cuidar do doente crônico na perspectiva do enfermeiro um enfoque fenomenológico no Estado de São Paulo. *Revista Latino-americana de enfermagem*. São Paulo, v. 10, n. 5, 2002.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nédio. Política de saúde mental em Viamão - RS, transdisciplinaridade e integridade em Saúde Coletiva no Estado Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. Disponível em www.scielo.com.br

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência da saúde mental no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 4, 2005. Disponível em www.scielo.com.br.

SOUSA, Nilton E. **A enfermagem na saúde mental**. Goiânia: Cultura e qualidade, 2006.

TAYLOR, Cecelia Monat. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**, 13. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, Maria Borges. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; GUSMÃO, Raquel. Família e cronicidade da doença mental: Dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Fam. Saúde Desenv.** São Paulo, v.3, n.2, p. 154-162, jul./dez. 2001.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados**. (3ª ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan S. A. 2002.

GOMES, E. C. M. **Papel da Enfermeira no Caps**. (Pinto, D. & Araújo, L. Entrevistador) Barreiras, Bahia/Brasil, 2008.