



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA FAMILIAR

**CUIDANDO DO CUIDADOR FAMILIAR: Uma experiência de trabalho
com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim**

ANA PAULA FERNANDES VIANA

FORTALEZA-CEARÁ
2007

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
• O Centro de Atenção Psicossocial	13
• O CAPS do Bom Jardim	14
• Cuidar.....	16
CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1. Teoria Geral de Sistemas	18
CAPÍTULO 2 – A FAMÍLIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS AO LONGO DO TEMPO	22
2.1. A Trajetória da Família	22
2.1.1. A Família e a Doença Mental antes da Reforma Psiquiátrica	25
2.2. A Reforma Psiquiátrica.....	26
2.1.2. Antecedentes	26
2.1.3. A Reforma Psiquiátrica no Mundo.....	27
2.1.4. A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	27
2.1.5. Esquizofrenia	29
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA.....	32
3.1. Procedimento de Estudo	32
3.2. Amostra	32
3.3. Processo de Seleção da Amostra.....	32
3.4. Entrevistas.....	33
3.5. Ações Práticas.....	33
• Grupo de Família Cuidando do Cuidador do CAPS do Bom Jardim.....	34
3.6. Dos Participantes.....	37
3.7. Aspectos Éticos	37
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	38
4.1. Síntese das Entrevistas	38
4.2. Dos Resultados	47

CONCLUSÃO	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	50
APÊNDICE	52
APENDICE I - SOLICITAÇÃO DE ENTRADA P/ PESQUISA DE CAMPO.....	53
APENDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	54
ANEXOS	55
ANEXO I – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001	56
ANEXO II – PORTARIA Nº 336 /GM EM 19 DE FEVEREIRO DE 2002.....	59
ANEXO III – PROJETO TERAPÊUTICO DO CAPS DO BOM JARDIM	66
ANEXO IV –	
DOCUMENTOS REFERENTES ÀS DINÂMICAS EM GRUPO	77

LISTA DE SIGLAS

CAPS.....	Centro de Atenção Psicossocial
CID -10.....	Código Internacional de Doenças 10º Ed.
HUMANIZASUS.....	Humanização do Sistema Único d Saúde
MSMCBJ.....	Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
SER V.....	Secretaria Executiva Regional V
SUS.....	Sistema Único de Saúde

LISTA DE MAPAS E TABELA

TABELA 1 – Dados sócio-demográficos	33
MAPA DOS BAIRROS DA REGIONAL V	36
MAPA DE BAIRROS E REGINAIS DE FORTALEZA	36

INTRODUÇÃO

Esta monografia visa mostrar, através da experiência de trabalho desenvolvida no CAPS¹ do Bom Jardim, que o cuidado com o cuidador (a pessoa que cuida de familiar com transtorno mental grave) influencia na qualidade de vida do paciente e da família.

Bem sabemos que um familiar adoecido mentalmente pode desestruturar toda a família, deixando-a desnordeada, sem perspectivas positivas em relação ao quadro de adoecimento, e sobrecarregando-a nos aspectos físicos, emocionais, sociais e econômicos. Podendo ter efeitos danosos sobre o seu funcionamento, a dinâmica familiar pode ser totalmente alterada e, através da experiência a ser relatada no presente trabalho, fica claro que somente dando um suporte a esses familiares é possível obter resultados positivos no tratamento do paciente adoecido.

Além do entendimento que o familiar adquire sobre o cuidado consigo mesmo, sobre sua importância social, para assim poder cuidar de seu familiar, o trabalho desenvolvido no CAPS do Bom Jardim enfatiza a compreensão dos efeitos que a doença traz, de sua influência no sistema familiar e de novas concepções e formas diferentes de lidar com o paciente. Nesse contexto, a chave-mestra é o resgate da auto-estima.

Trabalhar a auto-estima dos membros da família é trazer algo novo, desafiante em meio a tantos transtornos. Foi observado que, de forma inversa às práticas tradicionais, pôr o foco no cuidador proporciona a este a oportunidade de voltar-se para si mesmo, de auto-conhecimento, de libertação dos sentimentos que o aprisionam em relação à doença do familiar, de resgate da própria vida, numa perspectiva de transformação pessoal que se estende aos âmbitos familiar e social.

Segundo MELMAN:

“Pesquisas epidemiológicas e as experiências terapêuticas apontam para a necessidade de desenvolver estratégias de envolvimento da família, especialmente no tratamento de pacientes esquizofrênicos. O bom funcionamento social desses pacientes depende, portanto da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório”. (2001; 89)

A presente experiência de trabalho está sendo desenvolvida no CAPS II Comunitário do Bom Jardim, localizado à Rua Bom Jesus, 940, no Grande Bom Jardim, área da periferia oeste de Fortaleza, integrante da Secretaria Executiva Regional V

¹ Centro de Atenção Psicossocial

(SER V), a qual conta com uma população de aproximadamente 600.000 habitantes. Fortaleza localiza-se no litoral do Estado do Ceará. Segundo dados estimativos do IBGE em 2006 – Fortaleza conta com uma população de 2.374.944 habitantes. A administração executiva de Fortaleza é auxiliada pela ação do conjunto de seis Secretarias Executivas Regionais (SER).

O Bom Jardim é considerado um dos bairros mais pobres e violentos da cidade de Fortaleza. Dessa forma, é fácil inferir que o Bom Jardim já traz todas as referências de um bairro adoecido mentalmente. As pessoas que lá habitam sofrem as conseqüências do desemprego, da violência, da marginalização, enfim, de todos os problemas que as comunidades de baixa renda enfrentam. Tais problemas se inserem em suas vidas, transformando-se em doenças, as chamadas “Doenças Sociais”, que afetam a maioria da população, deixando seu povo apartado do resto da sociedade. E quando a esse contexto se soma um transtorno mental grave numa família, o sofrimento torna-se dobrado.

Foi observando as limitações e dificuldades por que passam familiares e usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Comunitário do Bom Jardim e a necessidade que os mesmos têm de se cuidarem que resolvi desenvolver esse trabalho.

Além do estudo bibliográfico como parte metodológica do trabalho, foram criados encontros semanais em um grupo para familiares e responsáveis com o intuito terapêutico, de auto-ajuda, e informativo, numa perspectiva de cuidado com o cuidador e de contribuição para o tratamento de transtorno mental grave. Esse grupo foi criado com a intenção de dar uma resposta a tantos familiares que sofrem e não se percebem como seres também necessitados de cuidados, diante de uma sociedade que não está preparada para o cuidado e o acolhimento dos que têm graves sofrimentos psíquicos, onde prevalece o preconceito, a exclusão, a marginalização afetiva e social de pessoas com tais sofrimentos.

Através desses encontros, foram escolhidas 06(seis) famílias para entrevistas, onde abordamos características sócio-demográficas dos pacientes e familiares, concepções em torno da doença, valores, crenças, sentimentos e expectativas.

Procuro fundamentar este trabalho nos pressupostos da Teoria Geral de Sistemas, que comprovam que tudo está interligado: fenômenos biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e espirituais são todos interdependentes, intimamente

interligados, sistêmicos. Dessa forma, é somente trabalhando a família nessa perspectiva que se pode observar mudanças na mesma.

Segundo Andolfi, quando se pensa sistemicamente não se pode centrar a intervenção terapêutica num indivíduo “doente” e sim na família como um todo:

“Quando consideramos a intervenção terapêutica numa perspectiva sistêmica, temos de redefinir a terapia não como uma intervenção centrada num indivíduo ‘doente’, mas como um ato de participação e crescimento num grupo com uma história”. (Andolfi. M, 1996, p.87)

- **O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**

O CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros cuja severidade ou persistência justifique sua permanência para a reabilitação psicossocial, por meio de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, numa atenção voltada para o sujeito, sua singularidade e história, cultura e vida cotidiana. É um serviço de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

A Portaria/GM nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, além de categorizá-los conforme a clientela denominando-os de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad. As três primeiras modalidades são definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Prioritariamente, deverão atender a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial. Os CAPS i são destinados ao atendimento psicossocial para crianças e adolescentes, enquanto os CAPS ad, são designados ao atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Os CAPS surgiram a partir do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, como um serviço substitutivo ao modelo asilar, reducionista e hospitalocêntrico. Fortaleza, hoje, conta com a política de saúde mental pautada na reforma psiquiátrica e na Legislação Federal através da Lei 10.216/01, seguindo os princípios do HUMANIZASUS (conjunto das práticas de saúde do SUS), que possibilita maior humanização e acolhimento dos serviços de saúde. Atualmente, a Coordenação Municipal de Saúde Mental de Fortaleza vem ampliando a rede de saúde mental da cidade com a implantação dos Centros de Assistência Psicossocial – CAPS nas 6 Secretarias

Executivas Regionais, totalizando 14 unidades das diversas modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS i e CAPS ad.

“Nos últimos quatro anos, a expansão e qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. Estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental num determinado território, a expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, o Ministério da Saúde pautou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços”. (Ministério da Saúde, 2007, pg. 11)

- **O CAPS do Bom Jardim²**

O CAPS II COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM é um dispositivo de tratamento e reinserção social de portadores de patologias mentais severas e persistentes, que procura oferecer aos seus usuários um leque de atividades, cuidados personalizados, comunitários e promotores de vida. Pode-se dizer também que o CAPS do Bom Jardim é um espaço terapêutico, onde se busca atender tanto as pessoas com graves sofrimentos psíquicos quanto seus familiares, levando-os ao exercício da cidadania e a uma melhor qualidade de vida. Seu público-alvo são pessoas adultas, de ambos os sexos, portadoras de transtornos mentais severos ou persistentes que causem prejuízo ao desempenho dos papéis exercidos na vida.

Além de oferecer apoio social e tratamento especializado a seus pacientes, o CAPS do Bom Jardim busca fortalecer os laços familiares e comunitários de seus usuários, facilitando-lhes o retorno ao seu ambiente familiar diariamente.

A vinda do CAPS para o Grande Bom Jardim é fruto de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - SMS e o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim - MSMCBJ³. Através dessa parceria, o CAPS é administrado pelo MSMCBJ e SMS de Fortaleza em regime de co-gestão.

O CAPS do Bom Jardim funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 17:00h. As atividades estão programadas em dois turnos, manhã e tarde, em 3 regimes de

² Em anexo, estão o projeto terapêutico do CAPS, a portaria nº336 e a lei 10.216/01 que dá respaldo ao atendimento do serviço.

³ O MSMCBJ é uma ONG fundada em 1996, com sede no bairro do Bom Jardim, com a missão de acolher, promover a vida e a saúde mental de todos os que buscam ajuda.

atendimento: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo; está capacitado a atender a uma população de 70.000 a 200.000 habitantes, conforme a Portaria Nº 336/GM, de 19 de Fevereiro de 2002. Tal capacidade de atenção, no entanto, é insuficiente em relação à demanda, já que esse CAPS deveria atender à população de toda a Regional V, ou seja, aproximadamente 600.000 habitantes. Assim, o CAPS do Bom Jardim já está ultrapassando 3 mil prontuários, desde sua inauguração em 11/11/05, havendo uma média atual de admissão de 80 pessoas ao mês.

O trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por 04 psiquiatras, 03 psicólogas, 02 terapeutas ocupacionais, 01 enfermeiro, 01 pedagoga, 01 farmacêutica, 01 assistente social, 01 artista, 02 auxiliares de enfermagem, 01 recepcionista, 01 agente administrativo, 02 assistentes de atendimento e 02 assistentes para serviços gerais. Essa equipe de profissionais é responsável pelo oferecimento dos seguintes serviços:

- Acompanhamentos terapêuticos grupais e individuais;
- Tratamento psiquiátrico;
- Assistência social
- Assistência farmacêutica
- Terapia ocupacional;
- Oficinas de arte-terapia;
- Terapias corporais;
- Grupos terapêuticos;
- Assistência a familiares de usuários, através do grupo “cuidando do cuidador”.
- Visitas domiciliares de acompanhamento dos usuários ;
- Sessões de vídeo;
- Celebração de datas comemorativas;
- Passeios culturais;
- Oficinas de arte, música.

A presente pesquisa foi focada apenas na atividade do grupo “cuidando dos cuidadores”, a qual será detalhada no Capítulo 3.

- **Cuidar**

Cuidar de outros exige primordialmente o cuidado consigo mesmo, com sua saúde, com sua vida. Tal premissa nos é muito bem lembrada por Nêda Mattos⁴, em seu artigo “Cuidando do Cuidador Familiar”, quando descreve as instruções de segurança que ouvimos no avião: “*em caso de despressurização da cabine, se você está acompanhado de alguém que precisa de cuidados especiais, ponha primeiro a máscara de oxigênio em seu rosto e só depois ajuste a máscara no outro*”. Palavras que chocam quando estamos acostumados a cuidar do outro sem nos preocuparmos conosco, mas que funcionam com precisão, pois como podemos cuidar do outro se não estivermos bem?

Recentemente, vivi diretamente a experiência de cuidadora de meu pai que se encontrava enfermo em um leito de hospital, e aí pude sentir as dificuldades que enfrentam os familiares cuidadores do CAPS do Bom Jardim. As preocupações, o medo, a sobrecarga, os sentimentos de impotência diante de um caso grave, enfim tudo que envolve a experiência provoca no cuidador um desgaste, fazendo-se necessário um cuidado especial para com este que tanto se dedica.

“O cuidado como modo-de-ser perpassa toda existência humana e possui ressonâncias em diversas atitudes importantes. Através dele as dimensões de céu (transcendência) e as dimensões de terra (imanência) buscam seu equilíbrio e co-existência. Realiza-se também no reino dos seres vivos, pois toda vida precisa de cuidado, caso contrário adocece e morre”. (BOFF, 1999,p. 109)

São exemplos de cuidadores excepcionais, Jesus Cristo, Madre Tereza de Calcutá, São Francisco de Assis, Mahatma Gandhi e tantos outros que revelaram, em sua passagem pela terra, o amor incondicional, a compaixão e o cuidado por aqueles que sofrem. Podemos observar em todos eles a grandeza interior, o amor pela vida, pela natureza, pela humanidade em geral. São exemplos que nos inspiram às práticas do cuidado.

Citações de BOFF em seu livro “**Saber Cuidar**”, baseado em citações bíblicas, mostram que Jesus, até seus últimos momentos, teve o cuidado integral com a vida, quando cuida dos ladrões crucificados ao seu lado e quando pede à João (discípulo) para cuidar de sua mãe. (BOFF, 1999, p. 168)

⁴ Nêda Mattos – Graduada em Pedagogia; Mestre em Educação pela UFC; Especialista em Planejamento Educacional e Educação à Distância; Prof^a. Da Univ. Estadual do Ceará; Coord. Do Curso de Especialização em Educação para Recuperação de Dependentes Químicos; Coord. Do Instituto Visão Futuro-Ce (ONG dedicada a evolução de uma consciência de si mesmo, da sociedade e da natureza); Curso de Formação em Biopsicologia; Instrutora de loga.

Jesus, em toda sua vida, deu exemplos de cuidados na realização dos benefícios feitos à humanidade, citados nos evangelhos da Bíblia Sagrada. (BÍBLIA SAGRADA, 1990, p. 1292). “Estavam muito impressionados e diziam: “Jesus faz bem todas as coisas. Faz surdos falar e os mudos falarem” (Mc 7, 37).

Madre Tereza de Calcutá, religiosa católica, é outro exemplo de cuidado essencial, quando se doa a serviço dos pobres (BOFF, 1999, p. 170). Igualmente, São Francisco de Assis, em toda sua vida, nos dá exemplo de cuidado com a natureza, com as plantas, as aves, os animais e os pobres. (BOFF, 1999, p.168,169).

Mahatma Gandhi defendia a idéia da não-violência e do cuidado com o povo na atuação política.

“Efetivamente, Mahatma Gandhi deixou à humanidade este legado perene: é possível unir santidade pessoal a um empenho político libertador. Essa santidade pessoal, fundada na paixão pela verdade e na opção pelos meios pacíficos, faz com que a política seja mais que um simples exercício de poder político; ela se transforma num cuidado amoroso para com a vida e num compromisso ético com o destino de todo o povo.” (BOFF, 1999, p. 178).

Cuidar vai além das dimensões bio-psico-sócio-espiritual do ser humano, onde nenhuma pode excluir a outra; cuidar é uma junção de aspectos, é ver o ser como um todo, é ver com mais atenção aquele que sofre, é, de certa forma, doar-se, é estar conectado com o criador e unificar essa presença no amor pela cura ou pelo menos na tentativa de amenizar o sofrimento.

“O corpo, o imaginal, o desejo, o outro – estamos na presença de um quatérnio para o qual os Terapeutas no tempo de Fílon de Alexandria dirigiam a sua atenção e os seus cuidados. Este quatérnio depende uma antropologia em que as diferentes dimensões do ser humano – corpo, alma, espírito – parecem respeitadas. Os cuidados do corpo não excluem os cuidados alma, os cuidados da alma (psyche) não dispensam que se leve em consideração a dimensão ontológica e espiritual do homem. Não existe saúde que não seja ao mesmo tempo salvação. Além do mais, em grego é a mesma palavra: *soteria*. No grego dos evangelhos encontramos Jesus dizendo indiferentemente: “Tua fé te salvou” ou “tua fé te curou”.

CAPÍTULO 1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Teoria Geral de Sistemas

Conforme exposto na introdução, este trabalho tem por bases teóricas a Teoria Geral dos Sistemas, a qual será focalizada nesse primeiro capítulo, para que possamos compreender a família como um todo em sua dinâmica vivencial, onde observá-la-emos como o sistema que é. Iniciaremos por um breve histórico, abrangendo o conceito, os tipos de sistemas e suas características:

A Teoria Geral dos Sistemas tem suas origens na física quântica, a partir da mudança de paradigma que alterou a concepção linear-mecanicista do mundo, de Descartes e Newton, a qual passou para uma concepção holística e ecológica. Essa teoria foi desenvolvida pelo biólogo húngaro Ludwig von Bertalanffy, em 1936, ao procurar uma forma de explicar o comportamento de um ser vivo. Em suas pesquisas, ele observava organizações sistêmicas e elaborou a hipótese de que elas não eram apenas constituídas de um acumulado de partes, mas que eram um conjunto de elementos que se integram a partir de suas interações.

Pierre Weil cita muito bem a referida teoria numa passagem de seu livro *HOLÍSTICA: uma nova visão e abordagem do real*:

“Como reação à visão newtoniano-cartesiana de um universo fragmentado, característica de um paradigma substancialista e mecanicista, instala-se de maneira progressiva um novo paradigma holístico, isto é, que traduz uma perspectiva na qual “o todo” e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados, em interações constantes e paradoxais. Esta última definição foi adotada pela Universidade Holística Internacional de Paris, em 1986, e incluída em seus estatutos”. (WEIL, 1990, p.13)

Através de conceitos já existentes, Bertalanffy definiu de uma forma geral as propriedades dos sistemas. E sistema passou a ser “um conjunto de unidades em inter-relação” ou seja: sistema é uma junção de elementos interligados formando um todo único, onde esses elementos se caracterizam por subsistemas ou por um sistema que faz parte de outro sistema, que faz parte de um supra-sistema (partes de um sistema de nível mais alto), e assim infinitamente. Igualmente, cada parte de um sistema é um subsistema que apresenta características do todo sistêmico. Subsistemas também têm partes “sub-sistêmicas” e assim continuamente.

Em termos gerais, a palavra “sistema” é originada do grego e significa: combinar, ajustar, formar conjunto. Sistema pode ser definido ainda como um conjunto de elementos interligados que interagem para o desenvolvimento de uma função. Sua

definição é tão abrangente que pode ser usada em uma enorme variedade de contextos, como por exemplo: **Sistema digestivo**, que incorpora, ao corpo de um animal, a energia e a matéria contidas nos alimentos; **Biosfera**, que mantém a vida sobre a terra; **Sistema econômico**, que mantém os recursos da economia em circulação, entre muitos outros.

O que integra os exemplos citados é o fato de que cada um deles tem um conjunto de elementos que interagem entre si para a realização de uma ação em comum.

“Seu objeto é a formulação de princípios válidos para os “sistemas” em geral, qualquer que seja a natureza dos elementos que os compõem e as relações ou “forças” existentes entre eles”. (BERTALANFFY, 1973, p. 71)

Assim, podemos caracterizar a família como um sistema, onde seus membros estão interligados, entre si e com o meio em que vivem: trocam informações, experiências, ajuda e interagem com sua comunidade e seu meio sócio-cultural.

“A família é um sistema semi-aberto. Um sistema que troca com o meio ambiente ajuda, experiência e informação e que está sempre em uma interação com sua comunidade e com seu meio sócio-cultural. Ela nasce da sociedade. Mantém a sociedade e é mantida por ela. Troca, alimenta e cria a sociedade e seu meio social, do qual ela faz parte e não pode ser concebida como entidade isolada”. (GOMES, 1987, p. 27)

Sistema e família têm características que coincidem, de tal forma que a definição do sistema, num certo sentido, é a da própria família. Ambos se caracterizam pela totalidade, porque funcionam como um todo. Embora se constituam de vários membros, não se concentram isoladamente em um, e à medida que ocorrem mudanças com um de seus membros, também ocorrem mudanças em todas as outras partes do sistema, e vice-versa: o comportamento do todo influencia as partes. “*Só podemos compreender um elemento do sistema, ou uma de suas partes, se olharmos e compreendermos o sistema como um todo*” (BARRETO, 2005, p. 174)

Observamos também que o todo é mais que as partes, pois não se resume à soma das mesmas; assim como as partes estão presentes no todo, o todo também está presente nas partes e é essa relação que se desenvolve, que define o sistema.

A causalidade circular é uma das características do sistema a qual diz que a interação entre os seus integrantes apresenta-se em seqüência circular, de maneira que a relação entre qualquer um de seus membros é um processo de mão dupla. Mediante

esse princípio, a ordem dos fatores não altera o produto, pois um todo não possui começo nem fim. As partes unidas de um sistema estão em relação circular, num circuito de retroalimentação: cada pessoa afeta e é afetada pela conduta de outra pessoa e do contexto em que está inserido.

Os limites definem as fronteiras do sistema, já que este vive em interação com o mundo exterior. Podemos defini-los em três tipos: limites claros, que permitem a transferência de influências e demarcam o lugar e as funções de cada parte do sistema; limites difusos, que não facilitam a diferenciação dos subsistemas; e limites rígidos, que dificultam a comunicação entre subsistemas.

Os sistemas podem ser abertos e fechados. São abertos quando trocam informações, energia com o meio em que vivem; são fechados quando não há essa troca.

Os sistemas são permeáveis ou seja, influenciam o meio externo e são influenciados por ele. Segundo Dr. Gilberto Breson Lazan, um sistema é dotado de *input*, *throughput* e *output*. *Input* é aquilo que o sistema recebe do ambiente; *throughput* é a energia que consome em sua ação interna e *output* é tudo aquilo que o sistema oferece ao mundo.

Visando a manutenção de seu equilíbrio, o sistema tenta, de imediato, auto-regular-se, ou seja, gerar recursos para enfrentar os desafios, mantendo sua integridade e preservação. A isto chamamos de *homeostase* (tendência do sistema de retroalimentar-se e manter-se auto-equilibrado). Uma outra característica dos sistemas é o *movimento de entropia negativa*, o qual funciona obedecendo à lei física da teoria da relatividade. Através desse movimento, os sistemas estão constantemente se desorganizando e tendendo a se reorganizar enquanto há vida em seu interior.

A união dos membros de um sistema em torno de um objetivo comum, independentemente do ponto de partida, define o princípio da *equifinalidade*, ou a capacidade do sistema de se reunir em torno de uma missão coletiva ou finalidade comum a todos os membros e que garanta os resultados de seu funcionamento.

Todo sistema tem a capacidade de adequação, ou seja, tem características próprias de crescimento; cada um cresce e está subordinado às leis de seu desenvolvimento e quando consegue sua maturidade, ao desenvolver os papéis no grupo, chega à adaptação.

Cada elemento do sistema tem algo de interessante a oferecer (qualidades emergentes ou valores individuais) e assim acontece o processo do dar e receber ou a reciprocidade. *“Um dá uma parte de si, somada à do outro, faz nascer algo novo, que é base da criação humana e da fraternidade entre as pessoas”* (GOMES, 1987, p30).

Com a Teoria Geral de Sistemas, pode-se ter mais clareza quanto ao trabalho com a família e a compreensão das diversas dinâmicas que se estabelecem na mesma. Essa perspectiva permite ver o sistema-família como um todo, numa visão circular, onde não há hierarquias, pois todos ocupam lugares iguais em importância. Da mesma forma, por qualquer problema que surja não há culpados, mas sim co-responsáveis, o que remete à reflexão conjunta e à responsabilidade conjunta de busca de solução, rompendo com o velho esquema vítima-algoz.

Pensar de forma sistêmica traz novas formas de ver e lidar com a realidade vivenciada; é sair das verdades constituídas para atuar em aprendizados com novas possibilidades. É ver uma situação por diversos ângulos e procurar entender como as partes e o todo se relacionam, numa perspectiva mantenedora da situação ou de transformação.

“Podemos declarar, com características da ciência moderna, que este esquema de unidades isoláveis atuando segundo a causalidade em um único sentido mostrou-se insuficiente. Daí o aparecimento em todos os campos da ciência de noções tais como totalidade, holismo, organismo, gestalt, etc., significando que, em última instância, temos de pensar em termos de sistemas de elementos em interação.” (BERTALANFFY, 1973, p. 71)

O dinamismo do sistema conduz a conceitos como o da “Cibernética” que estuda a comunicação e o sistema de controle dos organismos vivos e também das máquinas. Segundo Bertalanffy,

“Cibernética é uma teoria dos sistemas de controle baseada na comunicação – transferência de informação – entre o sistema e o meio, dentro do sistema e do controle da função dos sistemas com respeito ao ambiente – retroação”. (Ludwig Von Bertalanffy)

CAPÍTULO 2 – A FAMÍLIA E OS TRANSTORNOS MENTAIS AO LONGO DO TEMPO

2.1. A Trajetória da Família

Falar da origem da família em si, de seu conceito e dinâmica através dos tempos é tarefa extensa e complexa. Para os fins do presente trabalho, deter-nos-emos na análise da trajetória da família em relação aos transtornos mentais graves, focando mais a atenção sobre o horizonte temporal marcado pelo advento da psiquiatria.

Pode-se dizer que a família é um sistema, onde seus membros interagem e trocam informações, experiências e ajuda entre si e com o meio em que vivem: a comunidade e a sociedade em geral. Ao longo do tempo, a família vem se transformando, de acordo com o contexto sócio-cultural, político, econômico e religioso em que está inserida, o qual, em última análise, determina a estrutura e formação da mesma.

Durante a época medieval, a família tradicional foi uma realidade que, de certa forma, direcionou os rumos de crianças e jovens. Era um modelo caracterizado pelo patriarcado, com mulheres submissas, grande número de filhos obedientes submetidos à ordem familiar e social. Ao homem se dava a função de provedor da família. À mulher, os deveres da casa. O que mais importava era a autoridade do pai e a ordem que deveria ser seguida.

Segundo Engels (1887) em seu livro: *A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, a evolução da família parte da inclusão nas relações sociais e econômicas. A obra mostra o predomínio do papel do homem sobre a família, apresentando o aparecimento da família monogâmica como resultado do processo de apropriação do homem sobre os bens materiais, e da propriedade privada. A família teria como função principal a transmissão da herança e a garantia de sua continuidade.

“(...) baseia-se no predomínio do homem; sua finalidade expressa é a de procriar filhos cuja paternidade seja indescritível, e exige-se essa paternidade indiscutível porque os filhos, na qualidade de herdeiros diretos, entrarão, um dia na posse dos bens de seu pai”. (Engels, 1984, p. 66)

Melman, em *“Família e doença Mental”*, cita que a época medieval também foi marcada pela redução do período da infância, onde as crianças ao alcançarem um pouco de autonomia, já eram inseridas no meio adulto, participando de seus trabalhos e jogos. Dessa forma, as etapas naturais de desenvolvimento não eram respeitadas, e as

crianças passavam rapidamente de crianças a adultos. Além disso, as famílias não eram responsáveis pela educação de seus filhos, pela transmissão de valores e pela socialização, pois quando estavam por volta dos sete anos, mudavam-se para outra família que lhes garantia esses conhecimentos. Porém nesse sistema, essas crianças ficavam responsáveis pelos serviços domésticos e por servir aos mestres a quem foram confiadas, permanecendo com eles dos sete aos nove anos. Com isso, se tornavam independentes de suas famílias de origem e muitas delas não retornavam ao seio familiar, o que tornava impossível o sentimento afetivo entre pais e filhos. Comprovadamente, a função principal da família era a transmissão de bens e de nome, uma realidade moral e social que não dava espaço aos sentimentos. (MELMAN, 2001, p. 41)

Com a industrialização e a decorrente forte migração do campo para a cidade, introduz-se um novo modelo, chamado “*família nuclear*”, que vai progressivamente reduzindo o número de filhos e cultivando a valorização das relações familiares e a afeição entre seus membros. Insere-se no contexto social, nessa época, a escola, o que permitiu o fluxo normal da passagem da fase da infância à fase adulta. POSTER (1979) salienta que a família (nuclear) assumiu, com o passar do tempo, um papel intensivo do ponto de vista do desenvolvimento emocional e da privacidade. Além disso, o casamento começou a ocorrer com sentimentos e a divisão de papéis sexuais passou a existir nas relações da família.

“O marido era a autoridade dominante sobre a família e provia o sustento dela pelo trabalho na fábrica ou no mercado. A esposa, considerada menos racional e menos capaz, preocupava-se exclusivamente com o lar, que limpava e decorava[...]”. (POSTER, 1979, p.190)

O mesmo autor defende ainda o importante papel desempenhado pela escola na transição da família medieval para a família nuclear. A partir do momento em que a escola passa a ser difundida não só entre os clérigos e que passa a ser vista como instrumento de iniciação social, ela permite a passagem normal da infância à idade adulta e isso constituiu um ponto fundamental nessa transição. Nesse momento, é rompido o convívio da criança com o mundo do adulto.

Grandes influências sobre a família se constituíram através da igreja e da medicina, onde o padre tinha o poder sobre as mesmas em relação ao gerir das relações entre as pessoas e em relação à sexualidade, propiciando o domínio da consciência dos indivíduos. O médico, utilizando conselhos higienistas e moralizantes,

propiciava atividades de aconselhamento educativo às famílias adquirindo um lugar de poder e prestígio.

Como vimos, a família foi sofrendo transformações ao longo do tempo. Hoje vemos a saída da mulher do lar para ingressar no mercado de trabalho, a partilha igualitária das relações (homem e mulher), tanto na educação dos filhos, como na provisão de bens e na manutenção da casa. Apareceram, no entanto, vários formatos de família, traduzindo as mudanças em sua estrutura tradicional.

“A família clássica, patricentrada, que distribuía os papéis consoante o gênero, privilegiando o esposo e pai, está cedendo lugar à família participativa, onde marido e mulher assumem todas as tarefas num sentido cooperativo, aspecto esse que deve ser positivamente valorizado”. (BOFF, 2005, p. 179)

Segundo Inaiá Maria Moreira de Carvalho⁵, Paulo Henrique de Almeida⁶, no artigo “Família e Proteção Social”, entre os fenômenos que traduzem as modificações na estrutura tradicional das famílias estariam:

- o aumento da proporção de domicílios formados por "não-famílias", não apenas entre os idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo "individualismo";
- a redução do tamanho das famílias;
- a fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios;
- o incremento da proporção de casais maduros sem filhos; e
- a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial das chefiadas por mulheres sem cônjuge⁷.

Com isso, podemos observar várias composições familiares: famílias compostas de pai, mãe e filhos; famílias monoparentais, compostas apenas por um dos pais e os filhos; famílias provenientes de um casamento anterior com filhos e filhas; famílias-parceria (coabitação e uniões livres que perduram enquanto houver parceria) e famílias compostas por casais do mesmo sexo. Enfim, o mundo mudou e a família já não desempenha mais as funções rígidas estabelecidas na época medieval.

“Ao lado das famílias-matrimônio, que no marco jurídico-social e sacramental, mais e mais surgem as famílias-parceria (coabitação e uniões-livres), que se formam consensualmente fora do marco institucional e perduram enquanto houver a parceria, dando origem à família consensual não conjugal”.

⁵ Pesquisadora do Centro de Recursos Humanos e Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia.

⁶ Professor do Mestrado em Economia da Universidade Federal da Bahia.

⁷ Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a12v17n2.pdf>

A introdução do divórcio dá lugar a família unipessoais (a mãe ou o pai com os filhos/filhas) ou multiparentais (com filhos/filhas provenientes de matrimônios anteriores), com conhecidos problema de relacionamentos entre pais e filhos/filhas. Por fim, crescem no mundo todo uniões entre homossexuais (homens e mulheres), que lutam pela constituição de um quadro jurídico que lhes garanta estabilidade e reconhecimento social". (BOFF, 2005, p. 180)

Segundo BOFF, a família sofre grandes transformações sob a influência globalizante, que deixa às margens os valores solidários e cooperativos fundamentais à família e à vida do ser humano. (BOFF, 2005, p. 178). Ainda segundo a visão de BOFF, a influência globalizada do mercado competitivo causa violenta injustiça social, deixando inúmeras famílias excluídas, marginalizadas e empobrecidas, onde o número de divórcios aumenta, assim com o sofrimento de tantas crianças.

"As maiores vítimas são as crianças, a quem se negam as condições fundamentais que ocorre nos três primeiros anos, de elaborar, em contato com a mãe e, em seguida, com o pai, as disposições básicas que vão orientar toda a vida: o sentimento de pertença, a percepção do cuidado, de proteção e de valores fundamentais que orientam toda a vida." (BOFF, 2005, 179)

Embora a família, ao longo do tempo, tenha sofrido grande variação em seu formato e a mulher tenha ganhado mais autonomia e conquistado seu espaço, observa-se como ainda, em um bairro como o Bom Jardim (área desta pesquisa), predominantemente de baixa renda, prevalecem alguns traços da família tradicional. A submissão da mulher ainda permanece, pois, mesmo trabalhando fora de casa, ainda recaem sobre ela os "cuidados da casa", sobrecarregando-a e mantendo-a sob o jugo do marido que, em muitos casos, considera-se seu dono.

2.1.1 A Família e a Doença Mental antes da Reforma Psiquiátrica

A partir do advento da psiquiatria, no século XVIII, a família foi destituída da responsabilidade de cuidar de seu familiar com transtorno mental. Esse contexto histórico é marcado pela Revolução Francesa e a concepção familiar da época já era o modelo nuclear de pai, mãe e filhos, onde o Estado, numa perspectiva puramente econômica, assumia a responsabilidade pelo planejamento familiar, a fim de assegurar o controle da riqueza.

Em relação ao doente mental, este teria um espaço substitutivo à família, o asilo, que se baseava na reeducação moral e nas normas de bons costumes. Segundo Philippe Pinel, primeiro psiquiatra considerado como reformador da assistência psiquiátrica, o transtorno mental seria decorrente de uma lesão cerebral, tendo assim uma causa física. No entanto, também considerava, nesse diagnóstico, a

hereditariedade e a influência da educação pervertida no desregramento do modo de viver e da perda da razão. Quanto à família, esta era considerada culpada quando não era capaz de controlar a educação e as paixões que afetavam seus membros portadores de transtornos mentais.

E assim, a família foi isenta da responsabilidade de cuidar do doente mental, tarefa agora da incumbência do asilo. Consequentemente, ao médico coube a competência da “cura” dos que apresentavam qualquer tipo de anormalidade de comportamento. Era determinado que a família só poderia visitar o paciente quando a instituição permitisse e somente por volta de trinta dias após o internamento ou quando o paciente se encontrasse melhor. Era alegado que o mesmo poderia piorar diante do encontro com seu núcleo familiar e que os familiares não entendiam do tratamento.

2.2. A Reforma Psiquiátrica

2.2.1. Antecedentes

A loucura como doença e a especialidade médica em psiquiatria são bem recentes, datadas de aproximadamente 200 anos. Embora a loucura e os locais onde era tratada sempre existissem, foi a partir do século XVIII que se estabeleceu a “instituição psiquiátrica” e a nova forma de vivenciar a condição humana, com o trato do “diferente”, aquele que não se adaptava aos padrões normais e que deveria ser excluído do convívio dos normais e da sociedade. Até então, os hospitais não tinham finalidades médicas, funcionando como instituições filantrópicas que abrigavam os indesejáveis à sociedade: leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Nesse momento, acontecia a Revolução Francesa e o médico Phillipe Pinel, um dos primeiros alienistas (chamados assim por serem os precursores da psiquiatria), foi nomeado diretor do Hospital de Bicêtre, em Paris. Pode-se dizer que tal hospital era uma “casa de horrores”, pois os internos, em sua maioria loucos, eram abandonados à própria sorte. Nesse contexto, Pinel começou a classificar os “desvios” ou “alienações mentais”, com o intuito de estudá-los e tratá-los, instituindo, assim, o regime hospitalocêntrico.

O regime hospitalocêntrico se caracteriza por causar isolamento, reclusão e ruptura dos laços familiares, além de ser um modelo institucional normativo. Pode-se dizer que é um lugar que praticamente não possibilita nenhuma troca social, onde se manifesta a segregação social e as mais tirânicas formas de exercício de poder sobre o ser humano. Durante muito tempo, foi esse o modelo vigente no trato das doenças

mentais. Nos dias de hoje, embora considerado falido ainda permanece, mas de forma consciente e menos exclusivo. Essa mudança deve-se a existência da reforma psiquiátrica, porém o regime hospitalocêntrico ainda representa, segundo Melman, o eixo e a base da atenção psiquiátrica. (MELMAN, 2001,p.55)

2.2.2. A Reforma Psiquiátrica no Mundo

A reforma psiquiátrica nasce do movimento de crítica à instituição psiquiátrica, o qual implicou na busca de alternativas adequadas ao tratamento dos pacientes. Os protagonistas da reforma foram os países industrializados.

É somente por volta do final dos anos 40 que as famílias dos portadores de sofrimento psíquico vêm se tornar objeto de investigação, em decorrência das críticas às práticas asilares e do surgimento de novas teorias em torno das doenças mentais. Surgiram, a partir de então, novas reformulações da assistência psiquiátrica, tais como: Psiquiatria Institucional na França, Comunidades Terapêuticas da Inglaterra, Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e Psiquiatria democrática na Itália. Todas elas sugeriram um novo modelo de tratamento com a possibilidade de desospitalização e regresso do paciente ao seu *habitat* familiar e à comunidade. Isso causou grande dificuldade de aceitação por parte dos familiares de membros acometidos de doenças mentais, principalmente dos esquizofrênicos, o que influenciou o surgimento de novas teorias que buscassem entender tais dificuldades.

Entre os anos 50 e 60, as teorias relacionadas às famílias estiveram em alta e seus pressupostos formaram a base da terapia familiar sistêmica. Tal abordagem permitiu a percepção de um novo olhar sobre a doença mental: a família passou a ser considerada como um sistema, e o diagnóstico do membro familiar com transtorno mental passou a ser um sinal de dificuldade familiar. Assim, a família precisava ser tratada como um todo, sendo fundamental, para esse tratamento, a verificação daquilo que causa o sofrimento de um de seus membros, a fim de possibilitar um posterior ajuste da dinâmica e comunicação familiares.

2.2.3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, o histórico da abordagem dos transtornos mentais não foi muito diferente. Também aqui a família foi destituída dos cuidados com o doente mental.

Podemos citá-los enquanto alcoolistas, mendigos, negros alforriados, além daqueles que sofrem de paixões incontroláveis e infringem os conceitos morais da sociedade, afetando a imagem da família. A eles cabia a internação psiquiátrica, pois eram vistos como pessoas que “sujavam as ruas” em um período em que se estabelecia um novo espaço de vida urbana, e se procurava conservar a ordem, o que caracterizava as transformações do século XVIII. Havia também os loucos procedentes de famílias operárias, onde a jornada de doze horas de trabalho não permitia que cuidassem de seus familiares. Aos médicos coube a missão de tratar desses enfermos, ocasionando o abandono de muitos pacientes crônicos em hospitais psiquiátricos, o que ainda repercute em nossos dias.

As considerações de que a doença mental seria hereditária eram um dispositivo explicativo para convencer a família da necessidade de exclusão do doente mental do convívio familiar. Isso, para os familiares, de certa forma, lhes permitia esconder suas deformidades congênitas, e tirar-lhes a culpa pela exclusão do membro-doente, deixando-o nas mãos do médico, numa perspectiva de cura, que objetivava, de forma alienista, colocar-se como defensor e protetor da família buscando com o tratamento oferecer uma organização entre a família e o doente.

A família retorna a fazer parte da assistência ao doente mental somente com a reforma psiquiátrica na década de 80, onde se priorizou mudanças ao modelo assistencial até então existente. A partir de então surge um trabalho de humanização e reformulação da assistência para um melhor atendimento aos que tinham sofrimento psíquico e entra em crise as formas terapêuticas vigentes, sendo repensado o ambiente manicomial.

As três Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001, foram marcos decisivos para a inserção da família nesse processo de mudança. Embora na I Conferência de Saúde Mental as dificuldades enfrentadas pelos familiares de portadores de transtornos mentais não tenham tido evidência, houve uma consolidação de propostas relativas à reforma sanitária, bem como no campo da saúde mental e no sistema único de saúde. De modo superficial, foram consideradas as aflições dos pacientes e familiares, quanto à forma de como os serviços deveriam se estruturar.

Após 5 anos da I Conferência, aconteceu a II Conferência, na qual os conseguiram garantir suas representações, tendo como indicação: “*evitar culpabilizar o*

usuário e familiar, e promover o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social". (2ª Conferencia Nacional de Saúde mental, 1992)

A III Conferencia Nacional de Saúde Mental buscou consolidar a importância das famílias dos pacientes com sofrimento psíquico, enquanto parceira e aliada no tratamento. Foi proposta uma nova formulação de atenção à saúde mental onde foi oferecido suporte aos familiares, através do cuidado domiciliar e no enfrentamento das crises. A importância do cuidado com os familiares dos portadores de transtornos mentais foi enfatizada também nas negociações com os gestores, visando a superação dos tratamentos anteriores, marcados pela exclusão, confinamento, maus tratos, privações e baseados nas terapias de eletrochoque.

Assim, as famílias se sentiram estimuladas e ao mesmo tempo pressionadas a cuidarem de seus familiares com transtornos mentais. Isso levou à criação de novos dispositivos para atender e inserir as pessoas com transtornos mentais na comunidade, na sociedade. Além disso, foi feita uma revisão teórica e prática da investigação sobre a nova forma de atender o sofrimento psíquico, a qual envolve os usuários, os familiares, os profissionais e a sociedade.

Há ainda muita luta pela frente, no sentido de conscientizar a todos quanto à não hospitalização psiquiátrica que há séculos imperou. Porém é crescente o número de terapias alternativas que dão suporte à nova forma de cuidar, ao processo de reabilitação psicossocial, numa perspectiva de ampliação da assistência que promove trocas afetivas, ligada ao cuidado das pessoas.

2.2.4. Esquizofrenia

A esquizofrenia é um transtorno mental que se caracteriza pela desorganização ampla dos procedimentos mentais. Tem sido considerada desde sempre como sinônimo de loucura incurável, apresentando sinais e sintomas que provocam alterações dos pensamentos, alucinações e delírios e findam marcados por graves prejuízos como a perda de contato com a realidade, disfunção social crônica e dificuldades de relacionamentos interpessoais e familiares.

No princípio, a esquizofrenia foi apresentada por Emil Kraepelin, em 1886, como "Demência Precoce", termo derivado do grego "*Dementia Praecox*". Essa terminologia

foi baseada nos sinais de demência relativamente precoce (*Preacox*) apresentados pelos doentes e na sua contínua degradação (*Dementia*).

O termo esquizofrenia foi dado por Eugen Bleuler, em princípios de 1900, quando este, ao desenvolver a classificação de Kraepelin, esclareceu a dissociação que a doença cria entre pensamento, emoção e comportamento.

Segundo Isaias Pessotti:

A esquizofrenia é uma reformulação da demência precoce e fora proposta por Bleuler bem antes do seu tratado de psiquiatria, em 1911, num texto chamado **A demência precoce e o grupo das esquizofrenias**. *Ele observou que o quadro da demência descrito por Kraepelin não era muito preciso*. (Pessotti, 1999, p. 171, grifo do autor)

O CID -10 (Código Internacional de Doenças 10^o Ed.) é a codificação de todas as doenças e categorias médicas conhecidas, elaboradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa disciplinar e padronizar as descrições diagnósticas na prática clínica e no aprendizado da psiquiatria.

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. (CID 10, 1993)

A esquizofrenia é uma doença crônica e freqüentemente incapacitante. À família cabe cuidar e administrar a vida do membro com tal sofrimento psíquico, o qual se torna dependente e desorganizado. As relações se tornam difíceis, sendo necessário encontrar formas de lidar com o paciente identificado como esquizofrênico; a família precisa agenciar os contatos entre profissionais e paciente, o qual, na maioria das vezes, se nega a aceitar o tratamento, o que acarreta muitas vezes ações violentas, hospitalizações e incompreensão da doença.

A esquizofrenia é a mais freqüente das psicoses crônicas, ocupando uma taxa elevada nos leitos psiquiátricos, acometendo aproximadamente 1% da população geral. Existem controvérsias quanto ao seu início, mas é classicamente aceita a idéia de que é 15 anos a idade mínima para seu surgimento. Entre 15 e os 35 anos, a morbidade é mais elevada, em torno de 75% dos casos. (PONTES, 1998, p. 85).

Nos anos 50, foram feitas descobertas importantíssimas no âmbito psicológico e na área de terapia familiar, quanto à esquizofrenia. Graças a autores empenhados em estudos em torno da comunicação, observaram que o comportamento do esquizofrênico se ajustava à família e conseqüentemente esta era a causadora da esquizofrenia.

Embora os profissionais em atividades clínicas de orientação infantil preparassem o caminho para a terapia familiar, as descobertas mais importantes aconteceram nos anos de 1950 graças ao trabalho de profissionais que eram, em primeiro lugar, cientistas e, depois, curadores. Em Palo Alto, Gregory Bateson, Jay Haley, Dom Jackson e John Weakland, estudando a comunicação descobriram que a esquizofrenia fazia sentido no contexto da comunicação familiar patológica. Os esquizofrênicos não estavam loucos de uma forma sem sentido: seu comportamento aparentemente insensato fazia sentido no contexto de suas famílias. Em Yale, Theodore Lidz descobriu um padrão notável de instabilidade e conflito nas famílias de esquizofrênicos. A cisma conjugal (conflito aberto) e o desvio conjugal (equilíbrio patológico) tinham efeitos profundos sobre o desenvolvimento dos filhos. A observação de Murray Bowen, de como as mães e seus filhos esquizofrênicos passam por ciclos de proximidade e distância, foi precursora da dinâmica perseguidor-distanciador. [...] Lyman Wynner ligou a esquizofrenia à família, demonstrando como o desvio de comunicação contribuiu para o transtorno de pensamento. (NICHOLS, SCHWARTZ, 2007, p. 59).

Podemos observar a grande dificuldade que passam as famílias de pacientes com esquizofrenia. Essas famílias necessitam auferir total informação quanto à doença e, essencialmente, receber apoio que lhes permitam aprimorar as condições de estresse a qual são acometidas pelo fato de terem no meio familiar um membro portador de tal doença. O objetivo é justamente oferecer melhorias na comunicação que favoreçam as relações dentro da família, bem como o familiar portador de esquizofrenia.

O novo modelo de assistência psiquiátrica implica na revisão do formato tradicional que se baseava na separação do paciente do contexto social. A nova atenção procura a reintegração social do portador de transtornos mentais, bem como a aproximação e integração de profissionais de saúde com a família. Essa abordagem possibilita, aos profissionais da área psiquiátrica, a compreensão do contexto no qual se insere o paciente e sua história de vida, e, mediante isso, são desenvolvidas estratégias educativas para reintegração do paciente ao meio social do qual foi excluído. Nesse contexto, a família do portador de esquizofrenia pode encontrar apoio na rede de assistência à saúde mental.

Bem sabemos que nem todas as famílias podem ter essas possibilidades, mas tentam, de alguma forma, lidar com seus sofrimentos, buscando ajuda por meio de suas crenças, do apoio dos familiares e amigos e em tratamentos alternativos.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1. Procedimentos do estudo

As informações apresentadas neste trabalho constituem o resultado do estudo qualitativo da experiência vivenciada pelo grupo de família do CAPS do Bom Jardim, cujos membros são familiares de portadores de esquizofrenia. A experiência desse grupo foi sistematizada aqui através de entrevistas realizadas com seus membros, onde se buscou reproduzir uma espécie de retrato da convivência familiar, assim como compreender as transformações ocorridas nessa convivência a partir da participação dos familiares no grupo.

A pesquisa abrange aspectos etnográficos e interpretação do conteúdo das entrevistas.

3.2. Amostra

O público alvo do estudo foi escolhido entre os familiares de usuários esquizofrênicos participantes do grupo de família do CAPS II Comunitário do Bom Jardim – Secretaria Executiva Regional V (SER V), Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Foram entrevistadas para o estudo 06 famílias de usuários (01 de sexo feminino e 05 de sexo masculino) com diagnóstico de esquizofrenia pelo CID-10 há pelo menos 03 anos e idade entre 22 anos e 40 anos, residentes com a família.

3.3. Processo de seleção da amostra

A representação da população escolhida para a amostra está entre os atendidos pelo CAPS do Bom Jardim, participantes do grupo de família. Foi incluído perfis diversos quanto a evolução, período de doença, composição familiar e funcionamento social. O convite foi feito aos familiares e usuários para participarem da pesquisa onde no momento foi explicada a finalidade da mesma. Nenhum dos familiares convidados negou a participação demonstrando satisfação em compartilhar. Esse estudo apresenta a composição e características sócio-demográficas dos pacientes e familiares, sendo dispostas na tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos

Usuários sexo	Naturalidade	Estado civil	Idade	Escolaridade	Tempo / doença*	Núcleo familiar**	Entrevistad os
1M***	CE	Solteiro	25	Cursando Nível Médio	08	Pai Mãe 2 irmãs 1irmão	X X
2M	MG	Solteiro	30	Nível Médio incompleto	13	Pai Mãe 1 irmão	X X
3M	CE	Solteiro	23	5ª série	09	Avô Avô Tia 1 irmão 2 primos	X X
4M	CE	Solteiro	22	Nível médio e cursando o técnico	03	Pai Mãe Irmão	X
5M	MA	Solteiro	40	Analfabeto	25	Mãe 1 irmã 2 sobrinhos	X Menores.
6F****	CE	Solteira	25	8ª série incompleta	03	Pai Mãe 02 irmãs 01 irmão	X

*Tempo/doença: duração da doença em anos, contados desde o primeiro surto registrado na história do usuário

** Núcleo familiar: incluir a composição dos familiares e/ou agregado que moram na mesma casa que o usuário

***Sexo Masculino

****Sexo Feminino

Fonte de elaboração própria baseada nas entrevistas feitas aos familiares.

3.4. Entrevistas

As entrevistas foram feitas no domicílio dos participantes, em regime sigiloso, onde as perguntas foram elaboradas com o intuito de saber que informações os familiares têm sobre a doença. Como cada um se sente em relação ao problema, quais os sentimentos, quais as expectativas, quais as práticas religiosas e as crenças em torno da doença. Como os familiares se sentem como cuidadores, quais experiências, as preocupações. Tentar fazer uma análise em torno das entrevistas feitas, para observar se através do grupo aconteceram algumas mudanças.

3.5. Ações práticas

Como citado no subtítulo dessa pesquisa: “Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim”, utilizamos a experiência de trabalho desse grupo, para a construção do objeto de estudo dessa pesquisa, na qual se baseia nas práticas e vivências do mesmo, aspirando-se a

melhoria da qualidade de vida dos usuários e seus familiares. O grupo se reúne a cada segunda-feira, com uma duração de uma hora e meia.

- **Grupo de Família Cuidando do Cuidador do CAPS do Bom Jardim**

Grupo iniciado com a intenção de cuidar dos cuidadores familiares dos usuários do CAPS do Bom Jardim, com intuito informativo, terapêutico e de auto-ajuda, numa perspectiva de contribuir para a qualidade de vida do portador de transtorno mental e de sua familiar.

Surgiu a partir do primeiro contato com os familiares na qual se evidenciou concretamente a necessidade que os mesmos tinham de suporte para cuidarem de si e de seus familiares adoecidos mentalmente. Com a sobrecarga, o sentimento de estarem sós, de não saberem lidar com os sintomas, pela não compreensão da doença e na exaustão do dia-a-dia, acabavam esquecendo-se de cuidarem de si.

Assim, nossa proposta foi, a princípio de tudo, cuidar do cuidador familiar: esse que tanto se doa, que se sente responsável, que muitas vezes se envergonha e se culpa ao mesmo tempo, mas que no fundo sente profunda dor por ver um filho, uma mãe, um pai ou qualquer outro parente em sofrimento psíquico. São pessoas em sua maioria humildes, desprovidos de tudo, mas com um imenso coração, carentes de amor e cuidados. A eles oferecemos o máximo de atenção, informações e, principalmente, um espaço em que possam usufruir de um momento somente para eles, em que relaxem, se descontraíam, interajam com os outros, percebam seus valores e aprendam a gostar de si mesmos, sentindo-se fortalecidos. Acreditamos que apenas assim poderão cuidar melhor de seus familiares e possibilitar uma melhor relação e evolução dos mesmos. Dessa forma, estamos pondo em prática a política alternativa à desospitalização, com os cuidados centrados na família, objetivando a melhora do paciente e das relações familiares.

Oferece alternativas de acordo com a conveniência do público, utiliza-se para a facilitação do grupo, técnicas de exposição dialogada, rodas de conversa, terapia comunitária, vídeos, expressão artística (pintura, colagem, recorte), técnicas de relaxamento, resgate da auto-estima .

- **Tem como objetivo:**

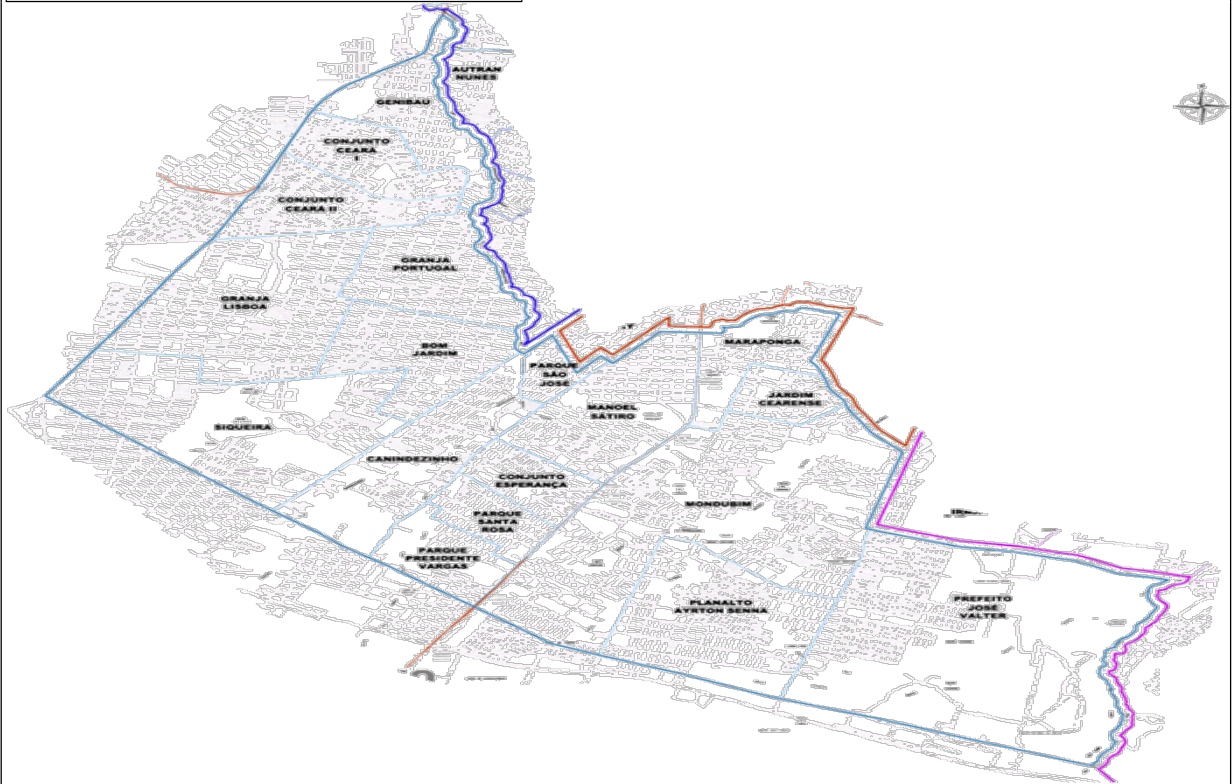
- Oferecer aos familiares um atendimento diferenciado que os ajude a trabalhar todas as questões nas quais os envolvem e fazê-los a adquirirem o cuidado de si mesmo;
- Ampliar a capacidade de resistir, aprender e crescer com o sofrimento;
- Oferecer conhecimentos suficientes que possam ajudar a lidar com os problemas que o sofrimento psíquico trás .
- Resgate da auto-estima e reconhecimento do valor interior e potencialidades dos familiares;
- Oferecer informações e esclarecimentos sobre características comportamentais típicas de cada patologia;
- Estimular o comprometimento dos familiares / responsáveis com a operacionalização da proposta terapêutica do usuário;
- Discutir questões referentes ao convívio doméstico com o usuário, manejo em situações de “crise”, conflito familiar, administração de medicamentos (modo de usar, efeitos colaterais, ação etc);
- Funcionar como espaço de auto-expressão das dificuldades e sofrimentos, a que estão suscetíveis os familiares / responsáveis em virtude da convivência familiar com o paciente.

- **Procedimentos:**

O grupo inicia-se pela acolhida com momentos de integração, descontração, e criação de laços afetivos. Em seguida administramos dinâmicas de recreação e aquecimento, que consistem movimentos e cantos de descontração, de aproximação pelo toque que ajudam a integrar, aquecer e animar o grupo. Há o espaço para o relaxamento, que os faz entrar em contato seu interior, para perceber que merecem aquele momento, que tem o direito de se cuidarem, espaço para acalma-se, tranquiliza-se e relaxar. Após conduzimos as dinâmicas de reflexão, na qual trabalhamos a história vivida de cada família, com técnicas de escrita,colagem, pintura e outras que provoquem uma reflexão e conseqüentemente o resgate da auto-estima. Momento para perceberem que também precisam se cuidar. Finalizamos por uma partilha da experiência vivida, o que fortalece e trás aprendizagem a cada um, e no fechamento com um ritual de agregação e abraço e oferecimento de chá e biscoito.

Todas as dinâmicas trabalhadas são referenciadas em livros de dinâmica de grupo, relações humanas e em livros relacionados ao trabalho na família e à saúde mental, que serão citados na bibliografia.

MAPA DOS BAIRROS DA REGIONAL V



2006 © PMF/SMS/Cartão SUS/ [Desenvolvimento de Sistemas](#)

Cartografia Digital: PMF/SEINF/Equipe de Geoprocessamento

Bairros e regionais de Fortaleza



3.6. Dos participantes

Os participantes dessa pesquisa estão inseridos no Grupo de Família Cuidando do Cuidador do CAPS do Bom Jardim, direcionado aos familiares de usuários com transtornos graves. São mães, pais, irmãs, tias e responsáveis segundo sua designação, que se atentam aos cuidados de seu familiar adoecido e que a partir dos encontros no grupo se conscientizam dos benefícios de cuidarem de si também.

São pessoas que chegaram a instituição vulneráveis ao sofrimento desencadeado pela doença de seu familiar, carentes de ajuda, de suporte, pouco esclarecidos e sem perspectivas quanto do familiar adoecido, seu e da família.

No grupo eles têm a liberdade de se colocarem, de falarem de suas angustias, dores, desejos, também alegrias. Expressam-se tanto pela fala, escrita e pela arte através de desenhos os quais colocarei em anexo, num demonstrativo de como era a família no início da doença e após a participação no grupo.

3.6. Aspectos Éticos

Este trabalho obedeceu aos aspectos éticos conforme as exigências dispostas na resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que dispõe de pesquisas que envolvem seres humanos.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

4.1. Síntese das entrevistas

Família 1

Entrevistada: Sr^a. M.E.S.P – Mãe

Família composta por, mãe, pai, duas filhas, uma das quais mora na Alemanha, dois filhos no qual o visinho do caçula é o paciente identificado (PI).

Percebe-se nessa primeira entrevista o quanto a fé expressa pela mãe fortalece os membros da família diante dos sofrimentos mentais. O catolicismo e a crença em Deus vivenciados por aquela mãe fazem com que se extinga, qual quer hipótese em crenças religiosas adversas que possam ter gerado a doença, levando-a a acreditar que tenha sido por esgotamento mental, por uma decepção amorosa e por alguns momentos ruins que a família vivenciou na qual o filho presenciou assim como brigas, desavenças e até a perda de um amiguinho na infância.

Por ser a fé e a religião católica de mais relevada expressão nessa família, percebe-se também os valores tradicionais impostos levando-os a se sentirem culpados por seus atos. O pai sente-se responsável pela doença do filho, pois esse presenciou alguns conflitos que envolviam seu genitor, assim como uma briga com um irmão, desavenças com a mãe. A mãe se posiciona no lugar da pessoa que vivencia essa fé, engajada em pastorais e na comunidade acreditando estar fazendo sua parte, e que Deus está olhando por sua família, no qual coloca pessoas a sua frente para ajudá-los e nesse pensamento inclui o desejo de cura do mesmo.

Pode-se perceber que existem outros problemas na família assim como a insatisfação da mãe em relação ao alcoolismo do marido, a difícil relação entre alguns irmãos, gerando no usuário a posição de paciente identificado (PI), o que demonstra ser um fenômeno sistêmico no qual vai bem além da individualidade de cada um que compõe a família, e o (PI) passa a ter uma função de manter a homeostase familiar e em termos individual quem aceita o sacrifício sobre si em prol do bem estar de todos.

A presença no grupo de família deu maior subsídio para a compreensão da doença do filho, bem como um melhor entendimento entre os outros membros da família, assim como a forma de lidar com o preconceito e discriminação social, além dos medos que os envolve, tanto em relação a agressividade e a sexualidade do usuário. Em relatos da mãe, é um espaço no qual ela tira para se cuidar e que

através dele tudo melhorou em sua família. *“Mudou muita coisa boa graça a Deus, me sinto ótima, com a mudança, sabe? Porque eu aprendi a mais a lidar com a coisa, conversar com ele mesmo, com os outros, e até entender o problema dele, né? e com isso eu já sei mais conversar, ter pouco mais de paciência, mudou muito coisa”*.

Família 2

Entrevistado: Sr. M.M.S. – Pai

Família composta por pai, mãe, Filho casado que mora fora, e paciente identificado.

Nessa família a crença do início da doença se dá sobre a causa espiritual, “uma magia, macumba”, embora agora já se conscientize que é doença, mas que gerada por tal motivo.

Por ventura o cuidador nesse ambiente familiar é o genitor, um dos poucos casos. Percebi a família adoecida, a genitora passiva e culpando o filho por suas várias doenças, desde hipertensão, ansiedade, diabetes entre outras, alguém com a referencia de ser cuidada também, busca um pai em vez do marido. O pai sentindo-se sobrecarregado e já adoecido, e com sinais de depressivos, a meu ver também necessita de ser cuidado. O pesar, a ansiedade de uma vida normal, os medos, a culpa que gera mais culpa, a vergonha perante a sociedade, a depressão gerada nos membros da família, entre outros, são os sentimentos típicos de quem sofre os transtornos que trás a doença mental ena qualesa família é submetida.

Percebe-se nessa entrevista a dedicação e empenho diante da religião a qual fazem parte, após a doença do filho, como ato de fé, auxilio à convivência com a doença e a construção de um suporte com o meio social através da comunidade que os ajuda e compreende diante do transtorno e das dificuldades sofridas pela família com a enfermidade do filho. A dedicação é tal que construíram uma igreja evangélica no andar de baixo de sua casa, o que os deixa ligados o tempo todo e onde a igreja pode ter o controle dos atos da família. Isso vem a confirmar o domínio que tem à igreja sobre seus fiéis numa concepção de culpa, podendo julgá-los responsáveis por seus sofrimentos.

Para eles há compreensão que o Senhor é quem cura, e assim experimentam uma vivencia espiritual bem elevada, e ao mesmo tempo acreditam na ciência médica do qual são dependentes de medicações, porem não estão ligados com o cuidado consigo mesmo, de tirarem um momento para se cuidarem, vivendo em prol da doença e da igreja.

Dessa forma pouco participam do grupo de família, embora confessem que quando participam é bom, diminui o estresse, porém estão mais ligados à igreja evangélica e em busca de cura.

“Lá é bom, é ótimo, tudo beleza. Aquela participação ali ajuda bastante. Quando vou pro grupo melhora um pouco só , melhora um pouco”.

Família 3

Entrevistada: Sr^a. F.M.F. – Avó

Essa família é composta pelo casal de avós, uma filha solteira e dois netos filhos de um casamento desfeito de uma filha do casal,

Na concepção dessa família, de crença evangélica, vem das brigas dos pais presenciada pelo neto e posteriormente abandono dos dois a ele e ao irmão, bem como ser hereditária pois na família paterna, a avó refere ter parentes com esquizofrenia. Mesmo tendo peregrinado por outros tipos de crenças, achando que poderia ser “espírito”, “coisa ruim”, mas, após internação e acompanhamento do tratamento, passaram a acreditar mesmo que é doença.

Nos relatos da avó(a cuidadora) e de uma tia que participava da entrevista percebe-se que a dinâmica familiar antecede ao casamento dos pais do usuário, em que referiram que a mãe foi sempre difícil, a relação matrimonial foi desastrosa no que resultou no não assumir os filhos, deixando-os aos cuidados dos avós. A avó fala com certa revolta e em suas palavras, se expressam na culpabilização dos pais pela doença do neto.

Percebe-se que há um cuidado especial da avó e a incompreensão do resto da família que vem sendo modificada com a presença da avó no grupo de família em que relata que aos poucos está educando a família em relação a doença. Também fala que com o grupo tudo melhorou, pois é ali que tem a oportunidade de se cuidar e quando as coisas começam a pesar é ali que pode encontrar ajuda. *“Mudou muita coisa porque, chego falo pra eles, “olha vocês precisam participar, pra poder saber conviver com ele, e falo é assim, assim, assim,né? seis tem que aprender” e assim eu to educando eles. Justamente a tia e o avô. Ele estão até brandos, tão dando mais oportunidades, que eles não deixava nem ele assistir a televisão”.*

Família 4

Entrevistada: Sr^a. L.R.M.

Família composta pelo pai, mãe e dois filhos do sexo masculino. O filho mais velho com 24 anos e o mais novo com 21 anos(PI).

A família apresentou-se aparentemente sem conflitos, porém o pai procurou se ausentar e não participar da entrevista, o filho mais velho veio estudar próximo aonde estávamos, e o mais novo pareceu-me bastante ansioso entrando e saindo.

A Sr^a. L.R.M. relata que sua família vivia só do trabalho para a igreja (o marido), ela dos cuidados com a casa, os filhos, o marido e a igreja e os filhos nos estudos e engajamento na igreja. Sendo de crença católica estão envolvidos nas pastorais da comunidade. Porém de uma hora para outra se quebra essa dinâmica, onde o filho mais novo entra em sua primeira crise, na qual tem como Hipótese diagnóstica a esquizofrenia, para todos o mundo desabou. Contudo foi uma oportunidade para reverem a qualidade de vida de que vinham tendo. Nesse momento adquiriram aprendizados que jamais haviam tido, desde perceberem a não prática de lazer, aos problemas conjugais que procuravam não entrar em contato, preenchendo todos os momentos na igreja, mas a crença da doença do filho era de que o mesmo tinha tido um esgotamento mental, pelo fato de estudar bastante e não querer se alimentar.

A mãe relata que todos se mobilizaram para a melhora do filho, mas sentiu que ela se sobrecarregou, pois quando o filho melhorou o pai então ficou doente contraindo uma AVC, e logo que ele melhora ela então entra em depressão, revelando assim o processo de homeostase em que está incluída a família, na busca de equilíbrio das relações. Confessa que hoje as coisas estão bem melhores, porém a partir da AVC do marido não tiveram mais vida sexual pois afirma que o mesmo ficou impotente, mas que procuram ter o máximo de boa convivência, embora não se sinta confortável com a situação.

Relata que o grupo de família ajuda-a bastante no convívio familiar e a lidar com todas as dificuldades que vem encontrando como cuidadora, pois é um lugar onde pode desabafar e reabastecer as energias, diminuir a sobrecarga e a ansiedade da família.

“Fui melhorando cada vez mais , eu me conscientizando que tava ficando nervosa também, eu tinha que me cuidar, que tinha que me tratar também, porque eu sou a cuidadora , “pra cuidar tenho que me cuidar também”.

Família 5

Entrevistada: Sr^a. T. X.C

Família composta atualmente pela mãe, uma filha, dois netos e o (PI). O pai e três irmãos, abandonaram a família e um irmão foi assassinado que era mais velho do que ele. A mãe acredita que o mesmo é doente desde nascença, pois sempre foi diferente, e nasceu a ferro como ela refere, mas que só a partir dos 15, 16 anos é que foi ter crises de ter visões, agressividade, que o levou a ter muitas internações psiquiátricas..

A família foi marcada por violência e desavenças entre os pais. Hoje a mãe de idade avançada, já acha que as coisas melhoraram muito, pois antes era só ela, ele e os hospitais, pois os irmãos e o pai os abandonaram, pelo fato da gravidade de sua doença que o tornava cada vez mais agressivo e violento.

Relata que é católica, mas que frequenta o centro espírita de vez em quando, para pedir a saúde do filho, acredita em Deus e não procura as forças do mal jamais.

Quanto a dinâmica familiar observada, percebe-se que a problemática do (PI) consegue de certa forma influenciar aos outros membros da família que acabam por serem manipulados, agindo sob os interesses do mesmo. A dinâmica da casa é toda em volta do (PI), que age de forma autoritária, intimidando a todos, comprovando que em um sistema cada um tem a capacidade de influenciar os outros.

Com toda dedicação que a mãe devota ao filho é muito difícil a convivência com o próprio, o grau de compreensão do mesmo é pequena e a mesma está sempre exposta as agressões do filho, pois as coisas tem que ser do jeito que ele quer. Porém menciona que a partir da participação dela no grupo de família tem observado bastante progresso quanto ao tratamento do mesmo, pois está aprendendo a lidar com ele, pondo limites devagar, sente-se apoiada, com um suporte, mais fortalecida e que está fazendo sua filha olhar um pouco mais para o irmão. Quanto as participações em grupo fala de suas experiências, repassando força para aqueles que se sentem fracos. *“Eu, eu,... caracterizo que tem sido uma boa coisa, ela tem sido útil, para mim, e as veze eu até passo mermo, pra minha, minha filha em casa que é quem mais convive comigo e com ele, inclusive eu já levei ela ai, pra ela ver como é que é o CAP, pela vê como é que são as reuniões, porque*

tem sido muito bom pra mim, e pra ele também, porque eu tô teno mais assim paciência de cuidado com ele”.

Família 6

Entrevistada: Sr^a. L.F. M.

Família composta de pai, mãe, irmã mais velha, irmão mais novo. Obs. O irmão mais velho cometeu suicídio.

A mãe(a cuidadora), refere que se sente bastante sobrecarregada, pois é a mesma que tem que resolver tudo sozinha. Quanto a crença do que causou o problema da filha, acha a mesma andou usando drogas.

Quanto a religiosidade é de fé católica, na qual participa de grupos de oração e engajamento em pastorais da igreja, mas fala que o resto da família não é praticante e a (PI) não quer nem saber.

Sob os relatos da Sr^a. L.F.M. percebe-se o quanto essa família é afetada mentalmente. Primeiro pela dor da perda de um filho que cometeu suicídio, segundo pelas dificuldades de lidar com a paciente identificada; a incompreensão do pai e desemprego do mesmo e o pouco envolvimento dos outros filhos com a dinâmica familiar, e do tratamento da (PI) no serviço e os conflitos gerados por tudo isso. Desenvolvendo-se assim o peso sobre a cuidadora que luta sem muitas expectativas porque não encontra em seus familiares a compreensão, o apoio necessário para o bom andamento do tratamento da filha.

Fala que encontra no grupo uma família onde encontra intimidade, compreensão, partilha, no qual todos tem algo em comum, e buscam ajuda mutuamente. É o espaço onde se fortalece, se conscientiza e ver que outras pessoas que sofrem com problemas bem maiores que o seu. *“Mudou muita coisa, né? Porque nesta terapia, são ótimas que agente ver que num é só agente que sofre, tem outras pessoas com os poblema maior do que o dela e ela se concientiza também”*.

4.2. Dos Resultados

Através das entrevistas com participantes do grupo de família “cuidando do cuidador”, percebe-se que existem várias crenças em torno da primeira crise, que vão desde decepções amorosas, esgotamento mental, doença de nascença, genética e/ou hereditária, à créditos religiosos que passam pela macumba, espiritismo e inveja.

As crenças religiosas se concentraram todas em Deus, embora fossem de religiões diferentes. Os evangélicos consideram-se portadores de uma única crença. Os católicos acreditam em Deus, nos santos e freqüentam outros tipos de religião.

Quanto às preocupações, estas dizem respeito ao futuro, à sexualidade e à agressividade. Quanto às perspectivas de futuro, todos o vêem como um sonho de cura. Foi também observado que, através das experiências do grupo de família, a maioria dos participantes obteve melhoras quanto aos relacionamentos familiares e quanto à compreensão dos sintomas da doença.

Em relação aos sentimentos dos cuidadores são bem expressos a partir do pesar, da ansiedade, dos medos, da culpa, vergonha, depressão entre outros, assim como a sobrecarga, porem se dispõem a cuidar com satisfação.

Foi também percebido o aumento da auto-estima dos participantes do grupo, a formação de laços de amizade, a liberação do estresse, da sobrecarga, bem como o reconhecimento da necessidade de se cuidarem, para assim poderem cuidar do outro.

Por fim, observou-se que as mudanças não foram tão expressivas em uma família com pouca participação no grupo, a qual ainda não se conscientizou da necessidade de se cuidarem, embora reconheçam que adoeceram a partir da doença do filho.

CONCLUSÃO

Finalizo este trabalho gratificada com o muito que seu conteúdo ofereceu-me como aprendizado. Primeiramente, ofertou-me a graça de participar do grupo de família “cuidando do cuidador” do CAPS do Bom Jardim, no qual o contato mais aproximado com as famílias me deu grandes lições de paciência, perseverança, força e amor, que são sentimentos sábios que brotam de pessoas que trazem como missão serem cuidadores.

A forma como os participantes chegaram ao grupo, trazendo em seus rostos as marcas do sofrimento, do cansaço, da sobrecarga, do pedido de socorro nos permitiu ver a necessidade de criar um grupo que pudesse dar suporte aos familiares cuidadores. Nesse sentido, buscamos oferecer um espaço para cuidarem de si, para resgatar a auto-estima perdida, a autonomia, os seus valores, assim como para trocarem experiências, reconhecer seus direitos, fortalecerem-se e “sanar” as feridas deixadas ao longo da vida.

A dinâmica vivenciada no grupo deu a oportunidade de se fazer um trabalho junto aos familiares, com resultados benéficos alcançando a meta desejada que é a melhora na qualidade de vida familiar e do próprio membro adoecido mentalmente. Hoje, o grupo se caracteriza por tardes animadas, descontraídas e participativas, embasadas em vivências lúdicas, de reflexão e relaxamento. Seus membros aproveitam bem tudo, desde o momento do acolhimento, do cuidado com o corpo, do espaço para liberar as tensões com dinâmicas de descontração, do relaxamento e da partilha que os fazem repensar seu modo de viver.

A fundamentação teórica nos possibilitou reunir vários autores que tratam de considerações que envolvem a família, desde a constituição da psiquiatria - onde a família foi destituída de cuidar de seus familiares com sofrimento mental - aos dias atuais, com a reforma psiquiátrica e com a Teoria Geral dos Sistemas, embasada por Bertalanffy, nos fazendo perceber a família como um sistema.

É importante perceber que a experiência de trabalho desenvolvida no CAPS do Bom Jardim confirma a tese de que o cuidado com o cuidador influencia positivamente na qualidade de vida do paciente e da família, proporcionando mudanças qualitativas significativas na vida de ambos.

Essas mudanças ocorrem a partir da retirada do foco do usuário adoecido e fixando-o na família como um todo, promovendo um cuidado especial ao familiar

cuidador, o que gera, na dinâmica familiar, uma melhora nas relações e evidentemente no paciente adoecido. Isso demonstrou que a dinâmica que está sendo utilizada pelo grupo de família do CAPS do Bom Jardim é um potencial significativo no sentido de proporcionar integração entre seus participantes, a socialização, o resgate da auto-estima, a conquista da autonomia e consequentemente a promoção da saúde mental.

Por fim, ansiamos que os resultados aqui apresentados possam contribuir para a difusão das práticas do cuidado com o cuidador, na perspectiva de estender seus benefícios a muitas outras famílias e familiares que cuidam de membros portadores de transtornos mentais, para que aprendam também a cuidar de si; para que entendam que cuidar de si é também uma forma de cuidar do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTALANFFY, Ludwig von. **Teoria Geral dos Sistemas**, trad. de Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 1973.

BÍBLIA. **Bíblia Sagrada: Edição Pastoral**, Tradução de Ivo Storniolo, Euclides Martins Balancin e José Luiz Gonzaga do Prado. São Paulo: Editora PAULUS, 1991.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra**, 11ª edição Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. **Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental**. In Psicologia em Revista. V.11, n.18, p.219-237, Belo Horizonte, dez.2005.

Disponível em:

http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161412.pdf?PHPSESSID=80d87f3df2bfb5925dcdec5156754117

CAVALCANTE, Antônio Mourão. **Psiquiatria, outros olhares...Falando em Terapia Familiar Sistêmica**. In Psychiatry on-line Brazil.n.9, jan.2003.

Disponível em:<http://www.polbr.med.br/arquivo/mou0104.htm>

CAVALCANTE, Antônio Mourão. **Quando a família vai à terapia**.

Disponível em: <http://www.priory.com/psych/mour0400.htm>

FRITZEN, Silvino José. **Relações Humanas Interpessoais – Nas convivências grupais e comunitárias**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

GOMES, José Carlos V. **Manual de Psicoterapia Familiar**, Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. In Revista Latino Americana de Enfermagem. V.9, n.2, p.48-55, março, 2001.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>

GONÇALVES, Ana Maria & PERPÉTUO, Susan Chiode. **Dinâmica de Grupos na Formação de Liderança**, 2ª edição – Rio de Janeiro: DP&A Editora, 1998.

LELOUP, Jean-Yves. **Cuidar do Ser**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

MATTOS, Nêda. **Cuidando do Cuidador Familiar**, Fortaleza, 2007.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**, São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MENEZES, Paulo R. **Prognóstico de esquizofrenia**. In Revista Brasileira de Psiquiatria n.22, supl.I, p.18-20. 2000.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s1/a07v22s1.pdf>

MOREIRA, L.G. **Família e doença mental: aspectos teóricos e práticos**. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP, 1983

MORENO,Vânia; ALENCASTRE,Márcia Bucch. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. In Revista da Escola de Enfermagem – USP, v.37,n.2,p.43-50. São Paulo, 2003.

Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/199.pdf>

PONTES, Cleto Brasileiro. **Psiquiatria: conceitos e práticas**, 2ª edição. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

SIMIONATO, Regina Brattfisch. **Dinâmica de Grupo Para Treinamento Motivacional**, 2ª edição – Campinas, SP: Editora Papirus, 2005.

SOUSA, Albigenor Militão de & MILITÃO, Roseane Tenório. **S.O.S. Dinâmica de Grupo**. Fortaleza: Editora Gráfica LCR, 1997.

WEIL, Pierre. **Holística: Uma Nova Visão e Abordagem do Real**, São Paulo: Ed. Palas Athenas, 1990.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **Representações da doença mental pela família do paciente**. In Interface, Comunicação, Saúde e Educação. v.7,n.12,p.71-82. Fev/2003.

Disponível em: <http://www.interface.fmb.unesp.br/revista12/artigo1.pdf>

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; JUNIOR, Alfredo Pereira. **Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família**. In Revista da Escola de Enfermagem. n.37,p.92-100. 2003.

Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/158.pdf>

VILLARES,Cecília C.; REDKO, Cristina P.; MARI, Jair J. **A concepção de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia**. In Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. 1, p.36-47. São Paulo, 1999.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100008&lng=en&nrm=iso. Pré-publicação.

VILLARES,Cecília C.; NATEL, Maria Thereza; RIBEIRO, Ivanise B. **Conversando com familiares sobre a esquizofrenia**.

Disponível em:<http://www.priory.com/psych/esq0599.html>

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; JOUCLAS, Vanda Maria; STEFANELLI, Margarida Costa. **Família e Doença Mental**. In Família, Saúde e Desenvolvimento, v.1,n.1/2,p.27-32. Curitiba, jan-dez/2003.

Disponível em:

<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/4876/3726>

APÊNDICES

APÊNDICE I – SOLICITAÇÃO DE ENTRADA PARA PESQUISA DE CAMPO

Ofício nº 01/07

Fortaleza-Ce, 18 de Dezembro de 2006

Assunto: Solicitação de Entrada para Pesquisa de Campo

Solicito autorização para que Ana Paula Fernandes Viana, aluna do Curso de Especialização em Terapia Familiar, possa coletar dados do grupo de família deste serviço, a fim de subsidiar o desenvolvimento e conclusão do trabalho de Monografia, intitulada: “ Cuidando do Cuidador Familiar: Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS⁸ do Bom Jardim”.

Pela atenção dispensada, agradeço antecipadamente.

Atenciosamente

Ana Paula Fernandes Viana

Responsável pela Pesquisa

Ilma. Sra.

Ana Maria Melo de Pinho
Coordenadora de Saúde Mental – SER⁹ V

⁸ Centro de Atenção Psicossocial.

⁹ Secretaria Executiva Regional V

APENDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

MONOGRAFIA: CUIDANDO DO CUIDADOR FAMILIAR: **Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS¹⁰ do Bom Jardim**

Sou Pedagoga e aluna do curso de Terapia Familiar em abordagem Sistêmica da Universidade Federal do Ceará, e meu estudo é intitulado “CUIDANDO DO CUIDADOR FAMILIAR: Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim”.

O estudo objetiva mostrar, através da experiência de trabalho desenvolvida no CAPS do Bom Jardim-SER V, que o cuidado com o cuidador (a pessoa que cuida de familiar com transtorno mental grave) influencia na qualidade de vida do paciente e da família. Para realizar este estudo, preciso de sua colaboração, dando-me autorização para coletar algumas informações, bem como sua participação em uma entrevista.

Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo no atendimento;
- Será garantido seu anonimato, quer dizer seu nome e às informações por você prestadas durante a entrevista, não serão identificadas;
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, terá a liberdade para retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo.
- Sua colaboração e participação trará benefícios para melhorar o atendimento e acompanhamento aos familiares do CAPS do Bom Jardim.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato no seguinte telefone:

Ana Paula Fernandes Viana– 31052030 (Pesquisadora responsável)

Em face a esses motivos, gostaria muito de poder contar com sua valorosa cooperação, a qual desde já agradeço.

Agradecemos sua colaboração, e apresento meus sinceros agradecimentos.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

✂-----

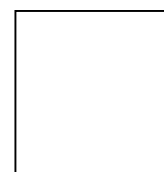
CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecida pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar da Pesquisa que tem como título: “CUIDANDO DO CUIDADOR FAMILIAR: Uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim”.

Fortaleza, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora



Digitais caso não
assine

¹⁰ Centro de Atenção Psicossocial.

ANEXOS

ANEXO I – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO II - Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS

01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares; e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares; e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo,

será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu

território e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de

acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II

(incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

**ANEXO III – PROJETO TERAPÊUTICO DO CAPS DO BOM JARDIM
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS
COORDENADORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
CÉLULA DA ATENÇÃO BÁSICA**

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO CAPS NA REGIONAL V**

FORTALEZA

março/2005

SUMÁRIO

1. Introdução/Justificativa	02
2. Caracterização da Área de Abrangência do CAPS	01
2.1. Regional V	
3. Objetivos dos Dispositivos/Equipamentos CAPS	
3.1. Geral	
3.2. Específicos	
4. Atividades Desenvolvidas	
5. Recursos Humanos	
5.1. Profissionais de Nível Superior (Carga Horária 20 Horas)	
5.2. Profissionais de Nível Médio (Carga Horária 40 Horas)	
5.3. Profissionais de Nível Fundamental (Carga Horária 40 Horas)	
5.4. Profissionais Complementares (Carga Horária 4 Horas)	
5.5. Profissional de Nível Superior (Carga Horária 8 Horas/Mês)	
6. Recursos Materiais	
7. Recursos Financeiros	

8. Formação das Equipes

9. Estrutura Física

Bibliografia

Anexos

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS
CÉLULA DA ATENÇÃO BÁSICA

Proposta para implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na área da Secretaria Executiva Regional V do município de Fortaleza – CE.

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA:

A assistência às pessoas em sofrimento/adoecimento mental no município de Fortaleza tem o modo de atenção asilar enquanto modelo assistencial predominante, sendo a internação em hospitais psiquiátricos o principal recurso utilizado pelo SUS no âmbito municipal. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES (MS/SUS) Fortaleza contava no fim do ano de 2004 com 1009 leitos psiquiátricos, dos quais 926 eram cadastrados pelo SUS e 83 eram exclusivamente privados.

Em comparação com outras capitais de estado que apresentaram maiores avanços em relação à Reforma Psiquiátrica, Fortaleza dispõe de poucos serviços substitutivos adequados às necessidades da população. Existem em Fortaleza 2 hospitais-dia, sendo um estatal e um privado conveniado ao SUS, e apenas três CAPS, sendo um CAPS tipo I e dois CAPS tipo II, num município cuja estimativa populacional para 2004 foi de 2.291.231 habitantes. Fortaleza está subdividida em 6 Secretarias Executivas Regionais, sendo que apenas 3 destas contam com um CAPS em sua área de responsabilidade, cobrindo cerca de 1.108.044 habitantes, que representa cerca de 50% da população.

Em um estudo preliminar realizado pela atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde sobre as internações psiquiátricas ocorridas em 2003 e 2004 utilizando dados da central de leitos e do SIH/SUS, observa-se que ocorreram 15041 internações e reinternações em Fortaleza. A taxa de reinternação para estes 2 anos foi de 65,89% e o coeficiente de internação psiquiátrica cada 10000 habitantes foi de 661,5. Estes indicadores reforçam a predominância do modo de

atenção asilar, que submete as pessoas em sofrimento/adoecimento mental a internações e reinternações crônicas que poderiam ser evitadas com a criação de outros dispositivos que atendessem as necessidades de saúde mental das pessoas dentro do ideário da Reforma Psiquiátrica.

Ademais, este modo asilar que predomina no município de Fortaleza consome a maioria dos recursos disponíveis para o setor, além de reforçar a institucionalização e a exclusão em relação à doença mental. Analisando dados oriundos do DATASUS, percebe-se a desproporção entre gastos federais repassados para os CAPS e atendimentos ambulatoriais e gastos repassados para internações psiquiátricas, conforme mostra o gráfico abaixo:

GRÁFICO 1- Gastos federais repassados para o município de Fortaleza nos anos de competência de 2003 e 2004.

TIPOS DE GASTOS	ANO		TOTAL
	2003	2004	
CAPS + Ambulatórios	998.424,57 10,04%	1.053.329,02 10,03%	2.051.753,59 10,035%
Internações psiquiátricas	8.942.952,90 89,96%	9.442.803,23 89,97%	18.385.756,13 89,965%
TOTAL	9.941.377,47	10.496.132,25	20.437.509,72

Estas informações mostram claramente a necessidade de orientar a atual gestão municipal em uma nova direção, através da formulação de uma política de saúde mental que crie espaços substitutivos aos hospitais psiquiátricos através de uma rede de serviços nos quais se insere o CAPS da Regional V. Além disso, a atenção em saúde mental não deve limitar-se aos portadores de transtornos psiquiátricos, mas deve propiciar o redimensionamento do âmbito existencial nas esferas individual e coletiva, numa abordagem bio-psico-socio-espiritual inclusiva, onde as possibilidades de diversas formas de produção de sentido, de reflexão crítica e de construção subjetiva e intersubjetiva possa contribuir no desenvolvimento pessoal, familiar, comunitário e social.

Assim, elaboramos o projeto de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tipo II ou geral, recomendado pela Portaria nº. 336/GM, de 2002 do Ministério da Saúde para uma área de abrangência acima de 200.000 habitantes, na Secretaria Executiva Regional V (SER-V).

2. CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS CAPS:

2.1. REGIONAL V:

Fortaleza-CE cidade com uma população de 2.141.402 habitantes, considerada a 5ª. capital do país, é campeã absoluta em concentração de renda do Brasil¹, além de fazer parte do processo de globalização da economia, onde uma das conseqüências trazida foi o alto índice de excluídos e de pobres que vivem em situações sub-humanas. A área do Grande Bom Jardim está localizada na Regional V do Município, área de índices sociais bastante desfavoráveis (censo 2000).

O Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim vem instalar-se no centro da Região do Grande Bom Jardim numa área cujo contexto social vivido pela população é de extrema pobreza, marginalização, falta de recursos básicos, com baixo desenvolvimento escolar e com grande parte da população desempregada vivendo sem possibilidade de trabalhos dignos, situação que aliada às anteriores favorece ao número excessivo de pessoas sentindo-se incapazes, desvalorizadas, com estima baixa e portanto pouco motivadas para buscar soluções e alternativas de vida.

A partir de ações concretas, integrando no processo a abordagem bio-psico-sócio-espiritual, o trabalho desenvolvido com adultos, adolescentes e crianças, proporciona uma reação destes, favorecendo seu desenvolvimento, o aumento da consciência de si, o reconhecimento de suas potencialidades, de sua dignidade e, tornando-os capazes de enfrentar as problemáticas advindas da situação de exclusão em que vivem, ocasionando mudanças positivas para si, seus familiares e a comunidade, tornando-os agentes de transformação das causas que produzem a miséria.

3. OBJETIVOS DOS DISPOSITIVOS/EQUIPAMENTOS CAPS:

3.1. GERAL:

- Prestar assistência às pessoas em sofrimento/adoecimento mental residentes na área adstrito ao serviço, promovendo acolhimento e cuidado integral com vistas à inclusão e/ou reintegração social dos sujeitos atendidos, compondo a rede de atenção à saúde enquanto serviço intermediário entre a atenção básica e a internação psiquiátrica.

3.2. ESPECÍFICOS:

- Disponibilizar-se como um dos serviços da rede assistencial integral em saúde, responsabilizando-se pela demanda e cuidado de pessoas com problemas relacionados à saúde mental em seu território;
- Oferecer suporte técnico e logístico à Secretaria Executiva Regional à qual o CAPS pertence para viabilizar programas de saúde mental integrados à rede assistencial territorial;
- Supervisionar e capacitar as equipes da atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território;
- Servir de Centro de Referência em Saúde Mental;
- Servir de Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental;
- Realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos psiquiátricos essenciais e excepcionais em seu território de abrangência, de acordo com Portarias;

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, acompanhamento terapêutico, de orientação, serviço social de caso, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, terapia ocupacional, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- Atendimento em oficinas terapêuticas;
- Visitas domiciliares;
- Atividades comunitárias enfocando a integração da pessoa em sofrimento/adoecimento mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Atendimento à família e/ou cuidador;
- Grupo de estudos;
- Supervisão clínica e institucional;
- Ensino, pesquisa e extensão (campo de estágio);
- Desenvolver ações intersetoriais com demais instâncias públicas e civis (ONGs, Associação de Moradores, entre outras);
- Manutenção de uma página dos CAPS na *web* (internet), disponibilizando serviços, cronogramas e produção científica à comunidade em modo digital ou *on line*.

5. RECURSOS HUMANOS:

Tomando por referência a Portaria 336/GM, de 2002, que sugere uma equipe técnica mínima, multiprofissional e interdisciplinar, de atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo de 45 pacientes/dia, em regime intensivo, e acrescentando as necessidades detectadas pelos profissionais que assumirão os serviços, as equipes deverão ser compostas por:

5.1. PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (CARGA HORÁRIA 40 HORAS):

- 01 assistente social;
- 01 enfermeiro;
- 04 médicos psiquiatras;
- 03 psicólogo;
- 02terapeuta ocupacional;
- 01 pedagogo
- 01farmacêutico

5.2. PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO (CARGA HORÁRIA 40 HORAS):

- 02 auxiliares de enfermagem;
- 01 técnico administrativo;
- 01 recepcionista;
- 01 artista;
- 02 assistente de atendimento.

5.3. PROFISSIONAIS DE NÍVEL ELEMENTAR (CARGA HORÁRIA 40 HORAS)

- 02 serviços gerais;
- 01 porteiro;

5.5. PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR (CARGA HORÁRIA 10 HORAS/MÊS):

01 supervisor clínico e institucional

6. RECURSOS MATERIAIS:

Os recursos materiais dividem-se em permanentes de consumo. Lista de materiais encontra-se em anexo.

7. RECURSOS FINANCEIROS:

Os recursos financeiros para os CAPS devem ser alocados para despesas com recursos humanos; manutenção dos equipamentos permanentes e estrutura física; material de expediente; material para

as oficinas terapêuticas; combustível; e vales-transportes para usuários que necessitam deste recurso.

8. FORMAÇÃO DAS EQUIPES:

Para a abertura imediata do CAPS o Secretário Municipal de Saúde, Odorico Monteiro, e referendado pela Prefeita Municipal de Fortaleza, Luizianne Lins, convocou os profissionais e técnicos proposto pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim.

9. ESTRUTURA FÍSICA:

Os CAPS devem ter uma estrutura física adequada às atividades que desenvolve, respeitando a acessibilidade universal, com rampas, pisos, portas, banheiros e demais estruturas adequadas àqueles com dificuldades de locomoção, sejam funcionários ou usuários, iluminação e ventilação adequados, e compartimentos de tamanho adequado às atividades que serão desenvolvidas. Desde sua concepção histórica que os CAPS funcionam em casas comuns, que se confundem com as demais da rua e do bairro, rompendo assim com a arquitetura hospitalar que encerra as pessoas em estruturas fechadas e normalizadoras. Compõe sua estrutura básica:

- Recepção;
- Sala de espera;
- Salas de atendimento individual;
- Sala de reunião;
- Salão adequado para grupos de atividades corporais e outros;
- Sala de repouso;
- Sala de coordenação administrativa;
- Oficina terapêutica;
- Arquivo;
- Copa/cozinha;
- Almojarifado;
- Despensa;
- Banheiros;
- Áreas externas (caramanchão, varanda, jardim, entre outra

BIBLIOGRAFIA

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas. *In*: AMARANTE, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DIAS, trabalho da Lídia

GODOY, M.G.C. Estudo epidemiológico sobre as internações e reinternações psiquiátricas do Ceará em 1999. Fortaleza, 2000. (*Mimeo*)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico – Resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Célula da Atenção Básica. Assessoria de Saúde Mental. *Oficina de Planejamento das Ações Emergenciais dos Primeiros Sessenta Dias de Governo*. Fortaleza, janeiro de 2005. (documento mimeog.).

VASCONCELOS FILHO, Ernani V. de. *Homicídios na cidade de Fortaleza: estudo considerando o espaço de criação e desenvolvimento da vida em sociedade*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 1998.

ANEXO IV – DOCUMENTOS REFERENTES ÀS DINÂMICAS EM GRUPO

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.