

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

PAULA DANIELLY MACHADO SILVA
RAFAELLA SOARES CRUZ
VIVIANY FERREIRA BOUÉRES

**O CUIDAR FAMILIAR DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II EM PINHEIRO-MA**

São Luís
2009

PAULA DANIELLY MACHADO SILVA
RAFAELLA SOARES CRUZ
VIVIANY FERREIRA BOUÉRES

**O CUIDAR FAMILIAR DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II EM PINHEIRO-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

São Luís

2009

Silva, Paula Danielly Machado.

O cuidar familiar de pessoas com transtorno mental: Centro de Atenção Psicossocial-CAPS II em Pinheiro - MA. Paula Danielly Machado Silva; Rafaela Soares Cruz; Viviany Ferreira Bouéres. - São Luís, 2009.

46f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORÓ - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Família. 2. Transtorno mental. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU 613.86

PAULA DANIELLY MACHADO SILVA
RAFAELLA SOARES CRUZ
VIVIANY FERREIRA BOUÉRES

**O CUIDAR FAMILIAR DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II EM PINHEIRO-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental do LABORO – Excelência em Pós – Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Janete Valois Ferreira Serra (Orientadora)

Mestre em Psicologia Social

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Profa. Flávia Lopes Carvalho

Mestre em Saúde Materno-Infantil

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

À Deus, fonte da vida.

Aos meus pais, pelo incentivo e carinho.

Aos meus amigos, pelo apoio e companheirismo

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença marcante em todos os momentos de nossas vidas.

Aos nossos familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra, nossa orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

Aos mestres desta Instituição de Ensino, pelos ensinamentos e aos amigos, pelo apoio e incentivo.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

[...]. O ser humano é eminentemente social e interativo. Não vive isoladamente, mas em constante convívio e relacionamento com seus semelhantes. Devido à suas limitações individuais, os seres humanos são obrigados a cooperarem uns com os outros firmando organizações para alcançar outros objetivos que a ação isolada não conseguirá alcançar.

Idalberto Chiavenato

RESUMO

Abordagem descritiva prospectiva quantitativa sobre o cuidar familiar de pessoas com transtorno mental realizada no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II no município de Pinheiro-MA, realizada no período de julho a agosto de 2009. Objetivava-se estudar as relações familiares destas pessoas, entendendo-se que ainda sofrem em relação ao próprio tratamento, bem como não aceitação, preconceitos e estigmas atribuídos a elas pela própria família. Tal fato vem atingindo proporções alarmantes e suscitando discussões nos diversos segmentos da sociedade, tornando-se, portanto, uma questão de saúde pública. Utilizou-se como técnica para coleta de dados, o questionário com perguntas abertas e fechadas aplicado em 15 (quinze) familiares-cuidadores. Dentre os resultados obtidos, evidenciou-se que 62% dos cuidadores estão representados na figura da mãe como responsável pelo tratamento do familiar com transtorno. Evidenciou-se também que, todos moram em casa de alvenaria, com renda familiar de mais de 1 salário mínimo, assim como 6 (seis) dos entrevistados tem ensino fundamental completo e com um predomínio para a religião católica. No que se refere ao diagnóstico, 81% dos cuidadores, são conscientes da doença, sendo que 8 (oito) tem expectativa de cura e 5 (cinco) ressaltam o grau de dependência desse familiar. Entende-se que, com a descoberta da doença, a rotina de vida, tanto do cuidador quanto do membro da família que sofre de transtorno mental, se modificou, na maioria das vezes, para pior, em relação à situação econômica e psicológica.

Palavras-chave: Família. Transtorno mental. Saúde mental.

ABSTRACT

Prospective quantitative descriptive approach on caring family of people with mental disorders held at the Center for Psychosocial - CAPS in the municipality of Pinheiro-MA, conducted from July to August 2009. This study focuses on family relationships of these people, understanding that still suffer in relation to the treatment itself, as well as rejection, prejudice and stigma assigned to them by the family. This fact has reached alarming proportions and stimulating discussions in various segments of society, becoming therefore a public health issue. Was used as a technique for data collection, the questionnaire with open and closed questions used in 15 (fifteen)-family caregivers. Among the results obtained, showed that 62% of caregivers are represented in the figure of the mother as the controller of the family disorder. It was found also that all live in brick houses, with family incomes of more than 1 minimum wage as well as six (6) of respondents have completed elementary education and a predominance of the Catholic religion. With regard to diagnosis, 81% of carers are aware of the disease, and 8 (eight) have the expectation of cure and 5 (five) highlight the degree of dependence on this family. It is understood that, with the discovery of the disease, the routine of life, both the caregiver and family member who suffers from mental illness has changed, mostly for the worse, as compared to the economic and psychological.

Key-words: Family. Mental disorder. Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Distribuição numérica das características sócio-econômicas e ambientais dos familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II. Pinheiro-MA. 2009.....	28
Gráfico 1	- Distribuição percentual dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o membro familiar cuidador. Pinheiro-MA. 2009	30
Gráfico 2	- Distribuição percentual dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPSII de acordo com o conhecimento do diagnóstico da doença. Pinheiro-MA. 2009	31
Quadro 2	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II. Pinheiro-MA. 2009	32
Quadro 3	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o conhecimento da família sobre o tratamento. Pinheiro-MA. 2009	33
Quadro 4	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com as expectativas sobre o tratamento. Pinheiro-MA. 2009	34
Quadro 5	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o relacionamento. Pinheiro-MA. 2009.	34
Quadro 6	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com a percepção de como é ter um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009	35

Quadro 7	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com percepção de como é cuidar de um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009	36
Quadro 8	- Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com a indicação de dificuldade no cuidar de um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009	37

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO 12
2	OBJETIVOS 14
2.1	Geral 14
2.2	Específicos 14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 14
3.1	Transtornos mentais de origem orgânica 14
3.2	Assistência a pacientes em serviços substitutos 19
3.3	A família e o paciente 23
4	METODOLOGIA 26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO 28
6	CONCLUSÃO 38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS 38
	REFERÊNCIAS 39
	APÊNDICES 43

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Amaral (2008), os transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Spadini; Souza (2008) enfatizam que a doença mental é explicada por “causas biológicas, psicológicas e sociais, necessita de assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e de apoio adequado para este e para a família”.

Por sua vez, Neves et al (2006) considera família como uma unidade dinâmica, um grupo social, um espaço de convivência fundamental ao desenvolvimento dos seus membros, contudo possui características e funções próprias, que são historicamente questionadas e redefinidas. A família não comporta uma definição unívoca, primordialmente centrada em parâmetros excludentes. Para Oliveira; Loyola (2008) “cada família tem sua própria dinâmica, seu *modus operandi*. Cria-se uma cultura familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para se comunicar e interpretar comunicações, com suas regras, seus ritos e seus jogos emocionais”. Existem muitas concepções de família que tentam explicar essa rede social complexa.

A assistência atualmente prestada mostra que os familiares que procuram ajuda dos serviços de saúde mental, apresentam demandas diferentes, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crises vividas como os conflitos familiares, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída para os problemas enfrentados, o isolamento social a que ficam sujeitos, assim como, as dificuldades materiais da vida cotidiana que acabam por interferir no relacionamento do familiar com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como, o desconhecimento da doença propriamente dita, dentre outras insatisfações.

Inserese nesse contexto o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Pinheiro – MA, que está em funcionamento há mais de 2 (dois) anos, período que fez despertar questionamentos sobre a melhor forma de tratar o paciente portador de transtorno mental, já que não existe um manual exato para obtenção total de êxito. No entanto, é preciso que se dê importância maior a um fator que sempre esteve

presente para o sucesso ou para o fracasso do tratamento: a família. A partir de então, começa-se a refletir sobre a importância da contribuição familiar para o tratamento do portador de transtorno mental e, ao mesmo tempo, pensar no porquê de alguns familiares lidarem melhor com estes pacientes do que outros.

Percebe-se, pois, a existência de vários fatores que norteiam essa questão, uma vez que as famílias possuem constituições diferentes, assim como, crenças e valores diversificados. A inquietação é tanta que se resolveu estudar, de forma sistemática, os fatores familiares que influenciam, procurando obviamente, identificar a forma de tratamento para os portadores de transtorno mental neste CAPS, através deste estudo.

Com a experiência em trabalhos na área de Saúde Mental, tornou-se possível perceber o quanto uma pessoa com transtorno mental ainda sofre em relação ao próprio tratamento, no que inclui a aceitação e ao preconceito e estigmas atribuídos a eles pela sociedade e pela própria família. Daí a importância de um estudo com a participação da família durante o tratamento destes pacientes.

O estudo da dinâmica familiar, da qual o paciente faz parte, torna-se interessante na medida em que se passa a compreender o que ocorre com o paciente em seu meio, assim como, o significado de seus conteúdos delirantes, em seus surtos, pois revela aspectos de suas vidas, como também, suas inquietações e sentimentos. Assim sendo, trabalhar o tema família e doença mental decorre do interesse de compreender como é a vida cotidiana do familiar de portadores de transtorno mental, sua convivência com a doença e/ou doente mental, identificar as representações da doença e o seu papel no tratamento do seu ente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar as relações familiares da pessoa portadora de transtornos mentais do CAPS II na cidade de Pinheiro – MA.

2.2 Específicos

- Verificar a situação sócio-econômica da família;
- Mostrar a concepção da família acerca da doença que acomete seu familiar e seu tratamento no CAPS;
- Identificar como o familiar cuidador lida de modo geral, com o portador de transtorno mental.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante séculos, as pessoas com sofrimento mental foram afastadas do resto da sociedade, algumas vezes encarcerados, em condições precárias, sem direito de se manifestar na condução de suas vidas. Atualmente, as atitudes negativas os afastam da sociedade de maneiras mais sutis, mas, com a mesma efetividade (DISTRITO FEDERAL, 2006).

3.1 Transtornos mentais de origem orgânica

- **Demência**

Segundo Almeida (1996), ocorre perda das habilidades intelectuais interferindo no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais e perturbação de múltiplas funções corticais superiores. O referido autor acrescenta que a Doença de Alzheimer é responsável por 55% dos transtornos mentais relacionados às demências e que se constitui numa doença cerebral degenerativa primária de etiologia desconhecida. Por sua vez, a Demência Vascular é o transtorno responsável por 10%

das demências e que acontece através da história de ataques isquêmicos transitórios com breve acometimento da consciência e sintomas neurológicos transitórios.

Para Hales; Yudofsky, (2006), na demência, o comprometimento da memória é acompanhado de comprometimentos cognitivos adicionais, tais como: afaxia, apraxia, agnosia e perturbação do funcionamento executivo. É necessário identificar e tratar a causa ou processo patológico subjacente.

▪ **Delírium**

Segundo Hales; Yudofsky (2006) trata-se de “uma disfunção cerebral aguda, potencialmente reversível, que se manifesta por um conjunto sindrômico de sintomas neuropsiquiátricos”. Por sua vez, Wacker; Nunes; Forlenza (2005) *acrescentam que Delirium* é uma síndrome neurocomportamental, causada pelo comprometimento transitório da atividade cerebral, invariavelmente secundário a distúrbios sistêmicos. Pode ser comparado a uma síndrome de insuficiência cerebral aguda, decorrente da quebra da homeostase cerebral e da desorganização da atividade neural. O diagnóstico é simples para um Clínico treinado. Uma anamnese minuciosa é fundamental e favorece a maior parte das informações.

▪ **Esquizofrenia**

No entendimento de Galvão; Abuchaim (2001) a Esquizofrenia é uma doença mental que se caracteriza por uma desorganização ampla dos processos mentais. É um quadro complexo apresentando “sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando marcados prejuízos ocupacionais, na vida de relações interpessoais e familiares”. Segundo Hales; Yudofsky (2006), a esquizofrenia se divide em 5 (cinco) subtipos clássicos:

- a. Paranóide (predomínio de delírios e alucinações);
- b. Desorganizada ou Hebefrênica (predomínio de alterações da afetividade e desorganização do pensamento);
- c. Catatônica (alterações da motricidade);
- d. Indiferenciada (diminuição da vontade e afetividade, empobrecimento do pensamento, isolamento social);

e. Residual (estágio crônico da doença com muita deterioração e pouca sintomatologia produtiva).

Os autores acima citados também esclarecem que a esquizofrenia continua a ser um diagnóstico clínico com base e informações da anamnese e no exame cuidadoso do estado mental. Galvão; Abuchaim (2001) complementam dizendo que, para fazer o diagnóstico, o médico realiza uma entrevista com o paciente e sua família visando obter uma história de sua vida e de seus sintomas, o mais detalhada possível. Até o presente momento, não existem marcadores biológicos próprios dessa doença nem exames complementares específicos, embora existam evidências de alterações da anatomia cerebral demonstráveis em exames de neuro-imagem e de metabolismo cerebral sofisticados como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, dentre outros.

- **Abuso e dependência de álcool e outras drogas**

Segundo Almeida (1996), dependência de álcool e outras drogas se constituem em transtornos atribuíveis ao uso de uma ou mais substâncias psicoativas, sendo a identificação da substância feita a partir de relatos do paciente ou de terceiros, pela análise laboratorial de sangue e de urina, por sinais e sintomas clínicos característicos.

- **Transtornos de Humor**

Nunes Filho; Bueno; Nardi (2001) relatam que uma das principais características da doença é exatamente a ausência de mudanças transitórias do humor permanecendo sempre um determinado padrão, tristeza ou alegria. A Classificação de Transtornos Mentais (CID-10), 10ª edição, da Organização Mundial de Saúde (2008) divide os transtornos de humor nas seguintes categorias:

- Episódio Mania (irritabilidade, elevada auto-estima, hiperatividade, inquietação psicomotora, logorréia, aceleração do pensamento, fuga de idéias, megalomania, delírios eróticos e persecutórios, alucinações auditivas);
- Transtorno Bipolar (Transtorno Bipolar I: fase de mania e depressão maior; Transtorno Bipolar II: fase de hipomania e depressão maior);
- Episódio Depressivo (diminuição da energia, anedonia, perda da libido, insônia terminal, inapetência com perda significativa do peso, retardo psicomotor, hipomania, discurso pobre com fala monótona);
- Transtorno Persistente do Humor - Para Hales; Yudofsky (2006), os sinais e sintomas para diagnóstico têm que persistirem por no mínimo duas semanas. Para tanto, é necessário que estejam presentes cinco sintomas para chegar a um diagnóstico preciso: humor deprimido na maior parte do dia, acentuada diminuição do interesse ou do prazer, perda ou ganho significativo de peso, insônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamento de morte recorrente.

▪ **Transtornos de Ansiedade**

A ansiedade é um sintoma proeminente em até 70% dos pacientes, é um sinal de alerta que permite ao indivíduo por um período eminente. A ansiedade normal é uma sensação difusa, desagradável, de apreensão, acompanhada por várias sensações físicas que variam amplamente em cada indivíduo. Quando há interferência na dinâmica do ser humano, torna-se um sinal de patologia (NUNES; BUENO; NARDI, 2001). A Classificação de Transtornos Mentais (CID-10), 10ª edição, da Organização Mundial de Saúde (2008), divide os transtornos de ansiedade nas seguintes categorias:

- Ansiedade Generalizada: estado duradouro de ansiedade e flutuante, sem crise de pânico e não se cristalizou na forma de fobia.
- Transtorno do Pânico: crises súbitas com múltiplos sintomas e sinais autonômicos, sensação de mal estar e perigo iminente.
- Transtorno Obsessivo Compulsivo: pensamentos obsessivos (idéias, imagens ou impulsos reconhecidos como próprios).
- Agorafobia: medo de sair de casa, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, medo de viajar sozinho.
- Fobia Social: medo de ser exposto à observação de outrem.
- Transtorno de Estresse pós-traumático: reviver repetidamente o trauma na forma de memórias intrusivas, sonhos ou pesadelos.

Para chegar a um diagnóstico preciso, é necessário verificar alguns sinais e sintomas: taquicardia, taquipnéia, falta de ar, sudorese, boca seca, náuseas, ondas de calor, dor no peito, tremores.

▪ **Transtornos de Personalidade**

É um distúrbio grave do comportamento, envolvendo todas as áreas de atuação da pessoa resultando em considerável ruptura pessoal e social. A Classificação de Transtornos Mentais (CID-10), 10ª edição, da Organização Mundial de Saúde (2008) divide os transtornos de personalidade nas seguintes categorias:

- Anti- social: comportamento que refletem diferenças de adaptação menos de 18 anos de idade, transtorno de conduta antes dos 15 anos. Uso consistente e extremado do comportamento, resultando em problemas sérios e prolongados de funcionamento e felicidade.
- Anancástica: sentimentos de dúvidas e de cautela excessivo, preocupação com detalhes, regras, listas e ordem, perfeccionismo extremado, pedantismo, rigidez e teimosia, exigência que os demais façam do seu jeito.
- Esquiva: sensíveis a rejeição e humilhação, baixo auto-conceito, sofrem de ansiedade e depressão.
- Dependente: permitem que os outros decidam por ele, necessitam de outros a seu redor, falta auto-confiança.
- Extriônica: atraentes, charmosas e sedutoras, recuam em relacionamentos sérios, gostam de estar no centro das atenções.

Outras categorias relacionadas ao transtorno de personalidade também são relatadas pela Organização Mundial de Saúde (2008):

- Narcisistas: sentimento grandioso de sua importância e exigem atenção e admiração constante, sensíveis a crítica.
- Paranóide: ansiosos, distantes, mal humorados e argumentativos.
- Esquizóide: falta de interesse em outras pessoas ou relacionamentos, afeto pouco modulado.
- Esquizotípico: crenças bizarras, características próprias as da esquizofrenia.
- Limítrofe (borderline): instabilidade, distúrbio do pensamento, impulsividade.

▪ **Transtornos Alimentares**

Segundo Nunes Filho; Bueno; Nardi (2001), a anorexia nervosa se caracteriza com o jejum espontâneo e auto imposto, parte de uma busca incansável por emagrecer. A bulimia nervosa é caracterizada por episódio excessivo de ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos em períodos curto de tempo, com sensação de perda completa de controle alimentar e esforços para controlar o peso corporal através da provocação de vômitos ou do abuso de laxativos

3.2 Assistência a pacientes em serviços substitutos

A origem da psiquiatria está associada às suas formas institucionais de cuidado e, o seu início, está ligado ao surgimento dos asilos, espaços que "protegeriam" os alienados e os separariam de outros "párias" da sociedade, como bem relatou Foucault em sua "história da loucura" (CAVALCANTI, 2008).

Conforme Alonso (2001) o surgimento da medicina mental no Brasil, ocorreu no Século XIX e, seguindo o ocorrido na Europa, os hospícios tornaram-se locais lotados, excedendo suas capacidades inicialmente previstas. Tornaram-se locais de abandono em que as famílias largavam aqueles entes que causavam problemas e embaraços pelas crises mentais apresentadas.

Após a II Grande Guerra, surgiram na Europa e nos Estados Unidos os movimentos de transformação da assistência psiquiátrica direcionados à diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos e à implantação de um cuidado territorial e comunitário. A Reforma Psiquiátrica no Brasil está intimamente ligada ao movimento pela Reforma Sanitária e com o processo de redemocratização do país.

Com as lutas pela abertura política e por uma saúde pública universal veio também a busca por uma assistência psiquiátrica mais humana e voltada para a melhoria da qualidade de vida através da ampliação das redes afetivas e sociais. Essas lutas e debates sobre os caminhos e diretrizes para a saúde eu origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Como consequência direta a saúde mental, com seu modelo assistencial hegemônico centrado no hospital psiquiátrico originou a Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo Movimento da Luta Antimanicomial.

Através do movimento da Reforma Psiquiátrica na década de 70, a família começou a ter um papel muito importante, não só no tratamento, mas também, na vida dos familiares portadores de transtorno mental, que necessitam de um tratamento digno. Para tanto, a participação da família é fundamental para sua recuperação e para a sua qualidade de vida. Com essa compreensão, Amarante (1995, p. 35), discorre sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica dizendo que este movimento "muda a concepção da doença mental, que junto com a institucionalização, contribuem para o estereótipo do doente mental; assim a reforma coloca em novo olhar à psiquiatria e a saúde mental".

Gradativamente com o movimento da reforma, emergiam novos serviços para tratamento da pessoa com transtorno mental, como os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS e atualmente os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, assim como novas estratégias para a participação da família, reconhecendo seu valor na atenção à saúde mental, ou seja, inserindo-a nesse processo. Os CAPS são instituições que têm por meta a substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos de cuidar das doenças psiquiátricas.

Os CAPS e os NAPS foram regulamentados pela Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde e sendo o serviço remunerado pelo Sistema Único de Saúde – SUS. As referidas instituições são unidades de saúde locais/regionalizadas que “oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, sendo também porta de entrada da rede de serviços para os trabalhos relativos à saúde mental”(AMARANTE, 1995).

Para Onoko-Campos; Furtado (2006), os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensivas, e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários.

A atenção dos CAPS deve estar voltada para ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a elaboração dos projetos de inserção social trabalhando com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço. Devendo, ainda, levar em conta o cuidado intra, inter, e transobjetivo, articulando recursos de natureza clínica, incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial” (AMARANTE, 1995).

Os referidos Centros estão constituídos por uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, neurologistas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, terapeutas

ocupacionais, profissionais de educação física, técnicos de enfermagem, monitores e estagiários, dentre outros profissionais” (AMARANTE, 1995).

Segundo Malavazi (2009) existem algumas modalidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território:

CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana), CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

Em se tratando de atendimento, Brasil (2004) contribui esclarecendo que:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

A rede pública de cuidados na comunidade de base municipal é também composta por serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais. Os CAPS são encarregados de centralizar a política de saúde mental num determinado território e têm como função “organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, oferecendo atendimento em regime de atenção diária e tornando viável a inserção social de pessoas com transtornos mentais” (AMARANTE, 1995).

O referido autor afirma que um dos seus principais objetivos consiste em incentivar as famílias para que participem da melhor forma possível, do acompanhamento dos pacientes. Por entender que os familiares são o elo mais próximo que os pacientes têm com o mundo, os mesmos são vistos como pessoas muito importantes no tratamento que o CAPS oferece. Assim, os familiares podem participar desse processo incentivando o paciente a se envolver no projeto terapêutico que o CAPS lhe propõe, auxiliando na integração social do paciente. Este é o aconselhamento recebido sempre que o familiar procura o serviço ou solicita atendimento à pessoa de sua família.

Para Almeida (1995) outro ponto importante no processo de tratamento é a possibilidade da presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões, trazendo dúvidas e sugestões para a melhoria do trabalho realizado conjuntamente pela equipe do CAPS e familiares. Além disso, o CAPS torna possível a criação associações com outros familiares e/ou pacientes para resolverem problemas comuns. O envolvimento da família torna as intervenções mais eficientes, multiplica os recursos ao paciente, em especial sua adesão ao tratamento. Por ser o fator familiar tão importante na proteção da saúde ou na manifestação da doença, é necessário orientar profissionais para que esses possam descobrir as necessidades das famílias e dar-lhes atenção especial na medida do possível.

A participação dos familiares tem por objetivo não apenas orientá-los como cuidadores, mas como pessoas que também precisam de cuidados. Assim, é importante acolher o sofrimento do cuidador e diminuir sua sobrecarga emocional através da oferta de espaços acolhedores e facilitadores de ações e de troca de experiências entre os próprios cuidadores, para compartilhar dúvidas, angústias e alegrias de forma a facilitar o tratamento e auxiliando na autonomia dos pacientes e a conseqüente diminuição do sofrimento de suas famílias (AMARANTE, 1995).

Segundo Bassitt (1992) há uma corrente dominante que acredita no papel da família na determinação do surgimento de doença mental em um de seus membros, tornando-o bode expiatório sobre o qual são jogados todos os problemas. Waidman (1999) lembra que, por muito tempo, os profissionais de Saúde Mental tinham a família como produtora de doença mental e não como aliada para recuperar o doente institucionalizado.

Atualmente é senso comum que, se a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como a estrutura capaz de promover a desinstitucionalização e reinserção social do paciente. A família é apontada nos estudos de Waidman (1999) como fundamental na “manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde da área de Saúde Mental para o seu convívio com o portador de distúrbio mental”.

3.3 A família e o paciente

A sociedade em geral cultiva a idéia de que a família é a base para nossa formação enquanto cidadãos. É através dela que se adquirem princípios éticos e morais. E também é muita das vezes culpada pelo fracasso e doença de um dos seus componentes. Daí surge à seguinte indagação: Qual será o verdadeiro papel da família? Será que ela é a responsável pelo nosso sucesso ou fracasso do familiar? E quando se trata da pessoa com transtorno mental, qual é a responsabilidade da família sobre a sua condição e o seu tratamento?. Para abordar sobre o papel da família no que diz respeito ao tratamento do ente com transtorno mental, tem-se que se reportar ao passado para compreender melhor o presente e saber como conduzi-lo no futuro.

De acordo com Rodrigues (2001), a história da doença mental, ou loucura, é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais. Partindo-se desse entendimento, os autores Pereira; Labate; Farias (1998, p. 11) esclarecem:

No Século XVII, apesar de Pinel ter trazido o esclarecimento sobre a doença mental como um distúrbio do sistema nervoso, mantinha-se a estratégia de exclusão e isolamento do doente e acreditava-se que esse era um tratamento necessário ao doente mental, por que se tinha a concepção de que a família e a sociedade eram estímulos negativos, associava-se a uma causa física, fatores psicológicos e sociais eram desconsiderados.

Por sua vez, Spadini; Souza (2006, p. 5) considera que com o passar do tempo começou-se a inserção dos doentes em instituições de tratamento, os manicômios, tidos como único tratamento cabível para época. Mais uma vez, a família, sem ter esclarecimento sobre o estado mental de seu ente, sem ter compreensão da doença, era afastada. Ou seja:

Os “olhares” estavam voltados, naquela época para a doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto. Em relação á família do doente, nos primórdios da psiquiatria não o acompanhava, permanecia totalmente alheia e sem participa ou interessar-se pelo “tratamento” que era oferecido ao seu familiar.

A partir de então, percebe-se a relação que existia entre a instituição e a família. Uma vez que a família não se deparava com os problemas com o estado mental em que seu familiar se encontrava, pois ela não era inserida de qualquer

forma no tratamento. Começa então, uma relação de agradecimento da família para instituição. Assim sendo, Colvero (2002) considera que “nessa relação à família agradecida, dependia da instituição que a aliviava dos problemas que o doente mental trazia-lhe, e a instituição, por outro lado, se auto-reproduzia graças à gratidão”. Evaristo (2000, p.32) também ressalta que:

Trabalhar a pessoa com transtorno mental junto a sua família é interagir com o sofrimento, significa interagir também com estas áreas de problemas, pois deve-se tê-la como uma unidade básica de saúde, onde para que possa cumprir o papel de provedora ela necessita, além dos recursos institucionais, de preparo e do apoio de profissionais.

Por sua vez, Koga (1997) estudou os problemas enfrentados pela convivência da família com o doente mental. Foram encontrados três tipos de sobrecarga que são de certa forma, impostas a família: financeira, física e emocional. Identificou também, alterações nas atividades de lazer e sociabilidade. Não se podem desconsiderar as dificuldades surgidas no enfrentamento dos problemas sociais como o preconceito, o estigma, o desrespeito que os cercam.

Tsu (1993), em sua pesquisa sobre o drama das famílias, constatou que os profissionais de saúde possuem uma visão idealizada da família, “pois a concebem como um grupo nuclear imerso em uma relação de parentesco, que por sua própria natureza seria um recurso terapêutico e acreditando que a família tende a obrigação de ficar com o doente”. Para Tsu (1993), essa visão [...] chama atenção para o “trabalho interdisciplinar, no sentido de buscar alternativas dentro do tratamento para prover a melhoria na qualidade de vida dos núcleos familiares, criando possibilidades reais de vínculos”.

Pereira; Pereira (2003) tiveram como resultado de suas pesquisas sobre as dificuldades sentidas pelas famílias no convívio com o doente mental: a idéia de que o transtorno mental é penoso para quem vivencia a doença no cotidiano com esta situação. Em seus estudos destacaram algumas categorias: descompasso temporal entre o ritmo do doente mental e da família/sociedade, isto acompanhado de desânimo e desesperança frente à possibilidade de reabilitação; o sentimento de culpa em relação ao surgimento da doença, pelas interrogações sobre os erros cometidos na criação do filho (a); as desavenças, conflitos na família; as vivências de perdas do que o paciente foi no passado. Spadini; Souza (2006) ressaltam que o desentendimento familiar, as agressões verbais e física, as brigas, são fatores que favorecem o desequilíbrio do doente.

Entende-se que não é fácil para a família conviver com este parente, não só por não ter conhecimento sobre o transtorno, mas também por todos os sentimentos que essa convivência desperta em todos que vivenciam essa dinâmica, junto a uma sociedade que discrimina o diferente, aquele que foge ao seu padrão de normalidade. Com essa convicção Alonso (2001) assegura que “a relação familiar é o sustentáculo, a base para uma boa estrutura emocional para o paciente portador de doença mental, tanto para prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação”. Pereira; Pereira (2003) valorizam os grupos de família como meio terapêutico, “pois possibilitam a expressão das emoções e sentimentos, além do aprendizado de informações que poderão trazer mudanças de atitude para com o doente mental e, conseqüentemente, para as pessoas que sofrem essa experiência”.

O trabalho com os familiares é de suma importância para o tratamento do doente mental, pois o conhecer, reconhecer e aceitar a doença faz a diferença. Deste modo, o tratamento é necessário e essencial para a melhoria do convívio do paciente e sua família. Entretanto, o sucesso ou fracasso do tratamento está diretamente relacionado ao modo como o serviço trabalha esse tema com os familiares e como os familiares compreendem a doença e a pessoa com o transtorno mental e não a doença como fator isolado do seu contexto família/sociedade.

4 METODOLOGIA

• Tipo de estudo

Trata - se de uma pesquisa descritiva, prospectiva com variáveis quantitativas. Segundo Rampazzo (2005, p. 53) a pesquisa descritiva busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente, como de grupos e comunidades mais complexas.

• Local de estudo

O estudo foi realizado no CAPS II no município de Pinheiro-MA. Este município localiza-se na Baixada Ocidental Maranhense a 360 km da capital, com mais de 70.000 habitantes. Tem seu sistema de saúde sustentado pelo SUS, com hospital de média e alta complexidade, juntamente com uma maternidade que atende a toda a região da baixada. Depois de muitas tentativas, a um ano atrás, conseguiu ser contemplado com o CAPS II, atendendo mais de 220 pacientes/mês. Desenvolve suas atividades com os especialistas: psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e farmacêutico.

• População

A população foi constituída por todos os familiares cuidadores de pacientes atendidos no CAPS II de Pinheiro-MA, totalizando 15 pacientes, portanto, 15 famílias. Considera-se familiar cuidador aquele membro familiar que se ocupa da tarefa de dar assistência ao paciente durante seu tratamento no serviço. Logo, para cada paciente existe um cuidador responsável que participa do tratamento dentro do CAPS e na residência do paciente.

• Instrumento de coleta de dados

Como técnica para coleta de dados utilizou-se o questionário, previamente elaborado pelas pesquisadoras, contemplando perguntas abertas e fechadas.

- **Coleta de dados**

Para realização da coleta de dados, obedeceram-se as etapas, a saber:

Solicitação de autorização da Coordenação do CAPS II de Pinheiro, para a realização da pesquisa com os seus usuários e familiares;

Esclarecimento dos objetivos da pesquisa aos familiares cuidadores em reunião realizada no próprio CAPS, bem como apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para posterior aceitação em participar da pesquisa;

Agendamento prévio da entrevista com cada familiar cuidador, realizada no CAPS ou em domicílio, dependendo da necessidade.

- **Análise dos dados**

Após a coleta e tabulação, os dados foram representados em forma de Gráficos, através do Programa Microsoft Office Versão 2003, para melhor visualização dos mesmos.

- **Considerações éticas**

A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa. (Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme pesquisa realizada com as 15 famílias dos pacientes atendidos pelo CAPS II de Pinheiro – MA, constatou-se que todos residem em casa de alvenaria e todos possuem renda familiar maior que um salário mínimo. Quanto ao número de moradores, houve variação entre três a quatro moradores. No que se refere ao grau de escolaridade, verificou-se o predomínio de Ensino Fundamental completo (seis) e incompleto (quatro) entre os cuidadores, No que diz respeito à religião, doze dos quinze familiares são adeptos do Catolicismo, conforme mostra o Quadro abaixo.

Quadro 1 – Distribuição numérica das características sócio-econômicas e ambientais dos familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II. Pinheiro-MA. 2009.

MORADIA	INDICAÇÕES
Taipa	-
Alvenaria	15
TOTAL	15
RENDA FAMILIAR	
1 salário mínimo	-
Mais de 1 salário mínimo	15
Não possui renda	-
TOTAL	15
QUANTIDADE DE PESSOAS RESIDENTES NA CASA	
2 pessoas	-
3 pessoas	05
4 pessoas	06
5 pessoas	01
Acima de 5 pessoas	03
TOTAL	15
GRAU DE ESCOLARIDADE	
Não alfabetizado	-
Alfabetizado	-
Ensino Fundamental incompleto	04

Ensino Fundamental completo	06
Ensino Médio incompleto	01
Ensino Médio completo	02
Ensino Superior incompleto	-
Ensino Superior completo	02
TOTAL	15
RELIGIÃO	
Católica	12
Protestante	01
Não tem	-
Outros	02
TOTAL	15

Estudo realizado por Silva; Lippi; Pinto (2008) com 20 familiares cuidadores de pacientes com transtornos mentais, mostrou que no que se refere à renda familiar a maioria das famílias recebe até 4 salários mínimos por mês. Nesta questão, muitos entrevistados relataram de maneira espontânea, que frequentemente, a renda familiar não é suficiente para a manutenção da família. Para Paduani et al (2002) a renda familiar mensal encontrada em seu estudo realizado no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPSi) de Uberlândia/MG, variou de um a sete salários mínimos, sendo que 48,0% recebiam entre um e dois salários mínimos e 44,0% recebiam entre 3 e 5 salários mínimos.

Com relação ao grau de escolaridade, Moreno (2009) contribui com seu estudo realizado em São Paulo, através do qual, foi possível identificar que “os familiares mais idosos possuem o ensino fundamental incompleto, e entre os adultos jovens, o ensino fundamental, médio e superior incompleto”. Por sua vez, no estudo de Paduani et al (2002), a maioria dos cuidadores tinha nível de escolaridade de ensino médio incompleto (52,0%).

Percebe-se também a importância atribuída pelos familiares à religião. Para alguns, segundo Vecchia; Martins (2006):

[...] é a crença em Deus que pode fazer voltar à condição de saúde que estava colocada antes do episódio agudo de transtorno mental [...]. Para outros, a religião promove, por intermédio da igreja, um grupo de suporte no tratamento do familiar pela continência na esperança de cura [...].

Reitera-se a hipótese de Valla (1999, p. 12) que, ao investigar o papel da religião no apoio social, sugere que "cabe uma investigação sobre o apoio social que as igrejas proporcionam e como isso se relaciona com a manutenção e/ou recuperação da saúde, seja pela prevenção, seja pela cura".

Observa-se, assim, que os recursos informais (igrejas, agremiações religiosas, seitas) estabelecem uma relação de complementaridade a partir da insuficiência do serviço público em saúde mental de resolver as necessidades de saúde dos usuários de forma integral, exigindo o suporte de redes sociais secundárias que cumprem, ainda que fortuitamente, um papel que é estabelecido, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), à rede de atenção em saúde mental (VECCHIA; MARTINS, 2006).

No que se refere à identificação do membro familiar cuidador do portador de transtorno mental, o Gráfico 1 mostra a Mãe como principal responsável pelo tratamento do familiar, perfazendo um percentual de 62%. (Gráfico 1)

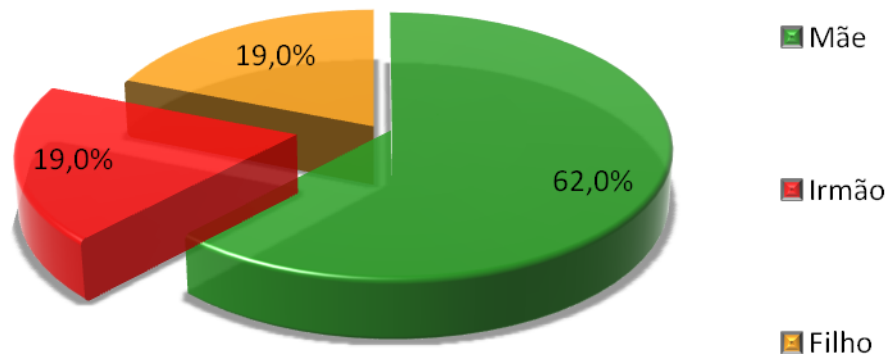


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o membro familiar cuidador. Pinheiro-MA. 2009.

Nos estudos de Spadini; Souza (2006) sobre a "Doença mental sob o olhar de pacientes e familiares" identificou-se que a figura feminina é quem assume o cuidado ao doente, "explanando o pensamento de que a mulher tem em si o instinto materno desenvolvido e que, ainda hoje em nossa cultura, o homem delega para as

mulheres esse tipo de atividade”. Tal afirmação sobre a referida figura feminina, a qual as autoras acima ressaltam (mães) vão de encontro aos achados dessa pesquisa, embora outros graus de parentesco tenham sido evidenciados como: filho e irmão.

Em se tratando de conhecimento do cuidador sobre o diagnóstico do familiar portador de transtorno mental, mostra-se que 81% dos cuidadores são cientes da doença do seu familiar. (Gráfico 2)

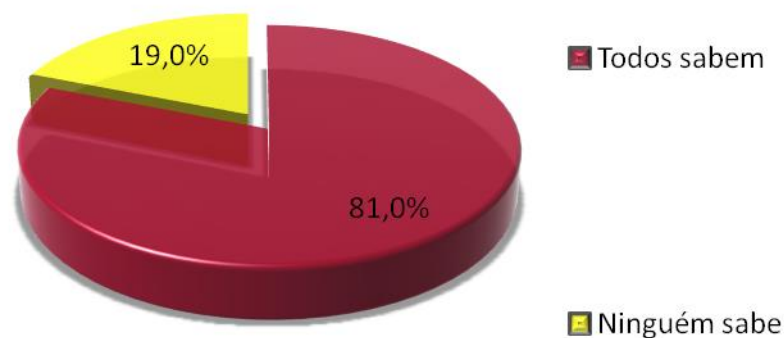


Gráfico 2 – Distribuição percentual dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPSII de acordo com o conhecimento do diagnóstico da doença. Pinheiro-MA. 2009.

Sobre o conhecimento do diagnóstico da doença, muitos não souberam explicar sobre a origem, mas relataram como era o comportamento do seu familiar antes e depois da doença, o que talvez justifique terem relatado como sendo conhecedores do diagnóstico.

Waidman; Jouclas; Stefanelli (2009) enfatiza que os profissionais de saúde mental devem investir na capacidade que a família possui no entendimento da doença, pois é assim que ela poderá se adaptar às condições que a doença mental lhes impõe e, a partir desta adaptação, manter ou recuperar sua saúde mental. Por outro lado, Colvero (2002) fala que o diagnóstico médico é entendido por muitos, com dificuldade ou, simplesmente entendido através do senso comum, através das vivências diárias, mostrando que os familiares possuem extrema dificuldade em lidar com alguns comportamentos, dentre eles, as alucinações,

delírios, comportamento agressivo, fazendo um comparativo com os comportamentos que o familiar possuía antes do transtorno.

No que se refere ao que os cuidadores sabem sobre a doença, percebeu-se uma diversidade de conceitos, entretanto, a maioria dos familiares se referiram apenas à nomenclatura da doença e, a minoria, fala à cerca do comportamento e possíveis causas do transtorno. (Quadro 2)

Quadro 2 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com a concepção sobre a doença. Pinheiro-MA. 2009.

CONCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA	INDICAÇÕES
Mudança de comportamento devido a conflitos familiares	01
Doença mental, sujeito a qualquer pessoa	01
Retardo mental	03
Esquizofrenia	02
Depressão	02
Mente e fala infantilizada	01
Demência	01
Loucura	01
Doença na cabeça, sem entendimento	01
Melhoria com a medicação	01
Não sabe	01
TOTAL	15

A esse respeito, Villares (2009) comenta que nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas e emocionais para conduzir satisfatoriamente os aspectos da convivência com a doença. Entretanto, de alguma forma elaboram a experiência, lidam com seu sofrimento e expectativas e podem viabilizar a convivência com a doença, buscando apoio em sua rede de conhecidos, em algum sistema de crenças e em tratamentos alternativos.

No estudo realizado por Colvero (2002) foi possível identificar que os familiares possuem um saber constituído na relação com o doente mental e com os profissionais que atravessam todas as suas queixas e pedidos de ajuda. Este saber, construído no senso comum, consiste em uma operação que dá um sentido às

metáforas e imagens que lhes são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde doença mental e convívio familiar.

Fazendo-se referência ao tratamento oferecido ao familiar pelo CAPS, catorze dos quinze cuidadores relataram a prática de atividades como meio de melhorar o comportamento do seu familiar com vistas a socializá-lo, ou seja, inseri-lo na sociedade através de atividades que irão desenvolver e aprimorar suas potencialidades, assim como melhorar o seu estado de saúde. (Quadros 3)

Quadro 3 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o conhecimento da família sobre o tratamento. Pinheiro-MA. 2009.

CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO	INDICAÇÕES
Que ele vai “brincar” com os outros do jeito dele.	-
Nada	-
Que ele toma remédio controlado. Se não tomar, fica agressivo.	01
Que ele faz atividades para melhorar seu comportamento e socializá-lo.	14
TOTAL	15

Romagnoli (2006) ressalta que, muitas vezes, os familiares assumem o lugar de “ignorantes”, destituídos de qualquer saber sobre si mesmos e sobre o doente, o que os impede de se reconhecerem como sujeitos autônomos. Dessa maneira, ocupam um lugar de alienação que não possibilita a realização de novas experiências, e que dificulta que assumam o papel de um grupo ativo no processo de construção da vida. Assim sendo, depositam no serviço, conforme se pode verificar na pesquisa, suas expectativas de reinseri-lo ou até mesmo, de cura do seu familiar.

Constatou-se também, que a maioria dos familiares cuidadores possui expectativas pela cura, assim como, o melhoramento das relações sociais e das atividades diárias. (Quadros 4)

Quadro 4 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores de pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com as expectativas sobre o tratamento. Pinheiro-MA. 2009.

EXPECTATIVA SOBRE O TRATAMENTO	INDICAÇÕES
Que ele fique curado.	08
Que ele melhore o convívio com os demais/realizar as atividades.	06
Nenhuma, pois ele não vai ficar bom.	01
TOTAL	15

Segundo Torrey (1983), o difícil para os familiares de pacientes esquizofrênicos é a aceitação da realidade da doença e a modificação de suas expectativas quanto a seu futuro e isto não significa que os familiares não devam ter nenhuma expectativa em relação ao doente, porém, reconhecerem que o paciente pode ficar com uma limitação de sua capacidade.

Conforme resultado da pesquisa, observa-se através do Quadro 5, que o relacionamento dos familiares com os entes portadores de transtorno mental, varia entre Bom (9 indicações) e Ótimo (4 indicações).

Quadro 5 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com o relacionamento. Pinheiro-MA. 2009.

RELACIONAMENTO DO FAMILIAR COM O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL	INDICAÇÕES
Bom	09
Ótimo	04
Regular	02
TOTAL	15

Autores como Spadini; Souza (2006, p. 5) enfatizam que a família, muita das vezes, dedicada ao seu familiar doente, precisa se reorganizar, pois:

Sobrecargas lhes são acarretadas devido às mudanças em suas rotinas, gastos financeiros além dos orçamentos previstos, ocorre um grande desgaste físico e emocional no cuidado do doente, sendo necessário um melhor atendimento, instituindo novas modalidades de tratamento para o paciente e para a família do mesmo.

Romagnoli (2006, p. 310) afirma que vários estudos têm chamado a atenção para a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar, “desencadeando atitudes de incompreensão familiar e até mesmo de rejeição, enfatizando que os profissionais de saúde mental também devem trabalhar para a saúde dos familiares que estão expostos à sobrecarga”.

Através do Quadro 6 pode-se evidenciar que treze dos quinze cuidadores relataram que é difícil cuidar deste ente, uns justificando-se que é trabalhoso cuidar de um familiar independente de seu estado de saúde e outros, porque desestrutura a dinâmica familiar, chegando a atrapalhá-la.

Quadro 6 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com a percepção de como é ter um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009.

VISÃO DE COMO É TER UM FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL	INDICAÇÕES
É difícil, pois dá muito trabalho e atrapalha em casa	13
É igual aos outros familiares	02
TOTAL	15

Com relação à como cuidar de um familiar com transtorno mental, verificou-se que, quatro dos quinze cuidadores não deram uma resposta específica. Entretanto, seis relataram dificuldades no cuidar, uma vez que o familiar tem que ser monitorado, tanto pela sua relação de dependência, quanto pela sua desobediência no que se refere aos seus limites. Tal fato pode ser justificado pela dinâmica familiar atribuída a cada família. (Quadro 7)

Quadro 7 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com percepção de como é cuidar de um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009.

FÁCIL	INDICAÇÕES
Por ser independente	1
Tem a ajuda de todos em casa	1
Sem resposta especificada	4
RAZOÁVEL	
Pois tenho que monitorá-lo	2
Sem resposta especificada	1
DIFÍCIL	
Pela agressividade	1
Por ser dependente	2
Pela família toda ter distúrbios	1
Por não ter limites, desobediência	2
TOTAL	15

Oliveira; Loyola (2008) ressaltam que “cada família tem sua própria dinâmica, seu *modus operandi*, criam uma cultura familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para se comunicar e interpretar comunicações, com suas regras, seus ritos e seus jogos emocionais”. Aos autores citados enfatizam ainda que a doença quando considerada crônica, como no caso da doença psiquiátrica, “a família necessita alterar a sua forma de funcionamento para se adaptar à pessoa doente”.

Sobre a maior dificuldade relatada pelo familiar ao cuidar de um portador de transtorno mental, a pesquisa constatou diversas indicações, dentre as quais, a mais relatada foi o Grau de dependência (5), seguida de Teimosia e agressividade/brigas (3). (Quadro 8)

Quadro 8 – Distribuição numérica dos 15 familiares cuidadores dos pacientes portadores de transtorno mental atendidos no CAPS II de acordo com a indicação de dificuldade no cuidar de um familiar com transtorno mental. Pinheiro-MA. 2009.

DIFICULDADE NO CUIDAR	INDICAÇÕES
Grau de dependência	05
Teimosia e agressividade/brigas	03
Vigília constante	02
Não possui dificuldade	02
Estado comportamental	02
Trabalho da cuidadora	01
TOTAL	15

Neves et al (2006, p. 10) enfatiza que muitas das dificuldades com que o familiar cuidador se depara ao proporcionar a atenção ao doente mental no domicílio, está na divisão das tarefas. O referido autor compreende que:

É extremamente importante que o cuidador possa receber o apoio de outras pessoas. Isto se torna imprescindível, visto que a sobrecarga imposta pela execução das tarefas, pela dificuldade financeira, pela dificuldade no manejo com o doente, bem como pelo seu cansaço físico e mental pode contribuir para o aparecimento de desajustes e crises, podendo gerar no familiar cuidador uma crise no seu desempenho, quanto ao desenvolvimento das atividades no cotidiano de cuidado.

No entendimento de Silva; Lippi; Pinto (2008) a doença mental dentro do contexto familiar poderá ser sentida de várias maneiras, “destacando-se a insegurança, dependência, sentimento de estar carregando um peso, principalmente quando o doente mental está em crise”.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que:

a) Todos os familiares cuidadores residem em casas de alvenaria, com uma variação de duas ou acima de três pessoas residentes nos domicílios, renda familiar de mais de um salário mínimo, tendo cursado ensino fundamental completo e sendo adeptos do catolicismo;

b) A mãe figurou como principal responsável pelo tratamento do familiar portador de transtorno mental, além do que mais da metade dos cuidadores tem conhecimento sobre o diagnóstico da doença, assim como seu tratamento;

c) As expectativas de cura foram ressaltadas pelos cuidadores, assim como o relacionamento com seu familiar portador de transtorno mental foi considerado bom para a maioria deles, embora reconheçam que não seja fácil ter e cuidar dos mesmos, destacando como principal dificuldade o grau de dependência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tão significativas argumentações a respeito de familiares cuidadores de portadores de transtorno mental, admite-se a possibilidade de que aos profissionais de saúde, em especial, aos da área da saúde mental, a necessidade de resgatarmos orientações e noções de planejamento familiar, assim como investir na capacidade que a família possui sobre o entendimento da doença, tornando-os capazes de se adaptarem às condições que o transtorno mental lhes impõe. Considera-se de extrema relevância instituir novas modalidades de tratamento, não somente para o paciente, mas também para o familiar cuidador, uma vez carrega com ele uma sobrecarga física e emocional, consideravelmente significativa.

Assim sendo, as considerações aqui apresentadas não se esgotam e nem tem a intenção de se constituir como definitiva, uma vez que o conhecimento se renova continuamente, surgindo outras possibilidades de aprofundamento sobre a temática em pauta, servindo de suporte para novas interrogações que poderão emergir.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Osvaldo P. de et al. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- ALONSO, S.G. **Falando sobre a reinternação psiquiátrica**: a voz das pacientes. 2001. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.
- AMARAL, Osvaldo Lopes de. **Transtornos mentais**. Disponível em: <http://www.inef.com.br/transtorno.htm>. Acesso em: 23 jan. 2008.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 20. ed. Rio de Janeiro: SDE, ENSP, 1995.
- BASSITT, W. O conceito de família. In: D'INÁCIO, M. (org). **Doença mental e sociedade**: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Grad, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://74.125.93.132/search?q=cache:9RFtVWEUvA8J:www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf-. Acesso em: 11 set. 2009.
- CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1962-1963, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/01.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2009.
- COLVERO, L. A. **Desafios da família na convivência com o doente mental**: cotidiano conturbado. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Semana de Saúde Mental enfoca a dependência química e alcoolismo**. Distrito Federal, 2006. Disponível em: < http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=29741>. Acesso em: 26 ago. 2009.
- EVARISTO P. Gestão da psiquiatria na comunidade. **UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 27-34. 2000.

GALVÃO, Ana Luíza; ABUCHAIM Claudio Moojen. Esquizofrenia e outros transtornos psicológicos. **ABC da Saúde**, 2001. Disponível em: <
<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>>. Acesso em: 14 set. 2009.

HALES, E. Robert; YUDOFISKY, C. Stuart. **Tratado de psiquiatria clínica**. Tradução de Claudia Dornelles, Cristina Monteiro e Ronaldo Cataldo Costa. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

MALAVAZI, Gabriela. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos da reforma psiquiátrica**. 2009. Disponível em:
<http://www.sermelhor.com/artigo.php?artigo=28&secao=espaco>. Acesso em: 11 set. 2009.

MORENO, Vânia. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.3, set. 2009. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2009.

NEVES, Anamaria Silva et al. A dinâmica familiar do paciente psiquiátrico: entre a contenção e a identificação. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA FUNDAMENTAL, 2., 2006, Belém. **Anais...** Belém, 2006. Disponível em:
<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/5.20.1.htm>>. Acesso em: 7 jan. 2009.

NUNES FILHO, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antônio Egídio. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2001.

OLIVEIRA, Rosane M. Pontes; LOYOLA, Cristina M. **Família do paciente psiquiátrico**: o retrato de uma ilustre desconhecida. Disponível em:
<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1679/1075>. Acesso em: 7 jan. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, maio. 2006. Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018. Acesso em: 12 set. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. ed. Organização Mundial da Saúde, 2008. v. 3.

PADUANI, Gabriela Ferreira et al. **Qualidade de vida em cuidadores de crianças e adolescentes com autismo**. Tradução de Claudia Dorneles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PEREIRA, M. A. O.; LABATE, R. C.; FARIAS, F.L.R. Refletindo a evolução da história da enfermagem psiquiátrica. **Acta Paul Enferm**, v. 11, n.3, p.52-9. 1998.

_____; PEREIRA, A. JR. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 7, n. 4, p.92-100. 2003.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

RODRIGUES, L. R. **Só quem sabe da doença dele é Deus**: o significado da doença mental no contexto cultural. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, v.11, n. 2, p.305-314. 2006.

SILVA, Viviane Aparecida da; LIPPI, Paulo César Mathias; PINTO, Cristiano José Mendes. Doença mental: dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. **INTELLECTUS – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional**, ano 4, n. 5, jul./dez. 2008. Disponível em:<
http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART_Enfermagem.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n.1, p. 1-7, 2006. Disponível em:
<http://sistemas.usp.br/tycho/producaoacademica/erp/erp/PO.html> Acesso em: 23 jan. 2008.

TORREY, E. F. **Surviving schizophrenic**: a family manual. New York: Harper & Row, 1983.

TSU, T.M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: EDU, 1993.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, Sup. 2, p. 7-14. 1999.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS. Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud. psicol.**, Natal, v.11, n.2, may./aug. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2006000200005&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 set. 2009.

VILLARES, C. Cecília. **Concepção de doença por familiares de pacientes com diagnóstico**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000100008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 ago. 2009.

WACKER, Priscilla; NUNES, Paula V.; FORLENZA, Orestes V. Delirium: uma perspectiva histórica. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, v. 32, n.3, maio./jun. 2005. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/eudes/Desktop/scielo.php%20Delirium.htm>. Acesso em: 14 set. 2009.

WAIDMAN, M.A.P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R.C. (org). **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: FAPESP, 1999. p.389-407.

_____; JOUCLAS, V. M Galvão; STEFANELLI, C. Margarida. **Família e doença mental**. Disponível em: www.ojs.c33sl.ufpr.br. Acesso em: 23 ago. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

QUESTIONÁRIO

1. Qual é o tipo de moradia?

Taipa Alvenaria

2. Qual é a sua renda familiar?

1 salário mínimo mais de 1 salário mínimo não possui renda

3. Quantos moradores residem em sua casa?

2 3 4 5 acima de 5

4. Qual é o seu grau de escolaridade?

Não alfabetizado Alfabetizado Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo

5. Qual é sua religião?

Católica Protestante Não tem Outros

6. Qual é o membro familiar cuidador do paciente?

Mãe Pai Irmão (a) Tio (a) Outros

7. Os familiares sabem do diagnóstico do familiar?

Todos sabem Somente o cuidador sabe Ninguém sabe ao certo.

Somente alguns.

8. Cite em 3 palavras o que você sabe sobre a doença do seu familiar

9. O que você sabe sobre o tratamento oferecido ao seu familiar no CAPS?

Nada Que ele vai “brincar” com os outros do jeito dele.

Que ele toma remédio controlado, se não tomar fica agressivo

Que ele faz atividades para melhorar seu comportamento e o convívio dele com as pessoas.

10. Qual a sua expectativa em relação ao tratamento?

() Nenhuma, pois ele não vai ficar bom () Que ele fique curado.

() Que melhore o convívio com os demais e que ele possa fazer atividades rotineiras como qualquer um

11. Como é o relacionamento com o familiar portador de transtorno mental?

() Ótimo () Bom () Regular () Péssimo

12. Como é ter um familiar portador de transtorno mental?

() É igual aos outros familiares;

() É difícil, pois dá muito trabalho e atrapalha em casa;

() É difícil, mas todo mundo dá trabalho mesmo;

13. Como é cuidar de um familiar com transtorno mental?

() Fácil () Razoável () Difícil () Porque? _____

14. Qual é a sua maior dificuldade em cuidar deste membro familiar?

15. O que você faz para contribuir para o tratamento do seu familiar?

() Nada, ele não vai ficar bom.

() Tudo que ele me pediu, para que ele não fique com raiva, pois ele é doente.

() Tudo aquilo que é orientado pela equipe do CAPS e é possível fazer.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Mestre Janete Valois Ferreira Serra.

End: Rua V9 Bloco 02 Apto. 203 Condomínio Água Branca II Parque Shalon

CEP: 65.073-110 e-mail: janete_valois@yahoo.com.br

Pesquisadores: Paula Danielly Machado Silva, Rafaella Soares Cruz e Viviany Ferreira Bouéres.

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa – UFMA: Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Av. dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB – Velho Bloco C, Sala 7. CEP: 65080-040. Tel 98-2109-8708

FATORES FAMILIARES QUE INFLUENCIAM NO PROCESSO TERAPÊUTICO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II EM PINHEIRO-MA

Prezado (a) Sr(a), estaremos realizando uma pesquisa sobre os fatores familiares que influenciam no processo terapêutico da pessoa com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II em Pinheiro – Ma. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para o (a) Sr(a) que ajudarão avaliar se os familiares influenciam no tratamento da pessoa com transtorno mental. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sr(a) quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. O (a) Sr(a) poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Agradecemos sua colaboração.

Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Fui esclarecido (a) e entendi as explicações que me foram dadas; darei informações sobre o meu perfil acadêmico e profissional, o conhecimento sobre saúde mental que possuía quando do término da graduação e minhas vivências em serviço de saúde mental. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal do Sr(a). Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Pinheiro / /

Assinatura e carimbo do
Pesquisador responsável

Sujeito da Pesquisa