

ESQUIZOFRENIA: PERCEÇÃO DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NORTE MINEIRO

SCHIZOPHRENIA: PERCEPTION OF THE RELATIVES OF USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER NORTHERN MINER

ESQUIZOFRENIA: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL DEL NORTE DEL MINERO

Patrick Leonardo Nogueira da Silva¹, Janaina Alves Dutra², Marizete Ribeiro de Almeida³, José Ronivon Fonseca⁴, Valessa Gizele Ramos de Oliveira⁵

RESUMO

Este estudo tem por objetivo identificar a percepção de familiares de usuários esquizofrênicos de um Centro de Atenção Psicossocial do norte de Minas Gerais sobre a esquizofrenia. Trata-se de uma

pesquisa de campo, de caráter descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. A mesma foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Itacambira/MG na qual se obteve como amostra 15 famílias de usuários esquizofrênicos cadastrados na instituição. Utilizou-se um formulário como instrumento de coleta de dados na qual as respostas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 01190/2010. Quanto aos resultados, identificou-se o reconhecimento dos familiares na assistência prestada pelo serviço desde o momento de crise até o acompanhamento do usuário no domicílio. Percebe-se uma satisfação do modelo de saúde mental oferecido aos usuários, a integração da

¹ Enfermeiro pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-Moc). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: patrick_mocesp70@hotmail.com

² Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas/Funorte. E-mail: janadutra@yahoo.com.br

³ Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem de Passos (FAENPA). Especialista em Administração dos Serviços de Saúde pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), e em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Docente das Faculdades Unidas do Norte de Minas/Funorte. E-mail: zetezz@yahoo.com.br

⁴ Enfermeiro pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Especialista em Saúde da Família pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte). Mestrando em Cuidados Primários à Saúde pela Unimontes. Docente da Funorte. Email: pisecfunorte@yahoo.com.br

⁵ Enfermeira pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Especialista em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras (UFLA); em Docência do Ensino Superior pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte); e em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente das Faculdades Unidas do Norte de Minas/Funorte. E-mail: valessagiz@yahoo.com.br

equipe multiprofissional apresenta como um processo facilitador de integração do serviço prestado à comunidade atendida. Portanto, a saúde mental tem tido pouca atenção no panorama nacional e dentre os profissionais de saúde pela dificuldade em não saber lidar com paciente em crise mental. Através disso, os profissionais da atenção primária devem focar mais nestes pacientes a fim de proporcionar-lhes um aumento na qualidade de saúde.

Descritores: Família, Saúde Mental, Esquizofrenia.

ABSTRACT

This study aims to identify the perceptions of relatives of schizophrenics users of a Psychosocial Care Center in northern Minas Gerais on schizophrenia. This is a field survey of descriptive, cross-sectional, qualitative approach. The same was done in a Psychosocial Care Center City Itacambira/MG in which the sample was obtained as 15 families of schizophrenics registered users at the institution. We used a form as a tool for data collection in which responses were recorded and transcribed for analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee, protocol nº 01190/2010. As for the results, we identified the recognition of the family in assisting the

service from the moment of crisis to tracking user at home. It is perceived satisfaction of the mental health model offered to users, the integration of the multidisciplinary team as a facilitator presents the integration process of service to the community served. Therefore, mental health has been little attention on the national scene and among health professionals do not know the difficulty in dealing with patients in mental crisis. Through this, the primary care professionals should focus more on these patients in order to provide them an increase in the quality of health.

Descriptors: Family, Mental Health, Schizophrenia.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar las percepciones de los familiares de los usuarios esquizofrénicos de un Centro de Atención Psicosocial en el norte de Minas Gerais en la esquizofrenia. Se trata de un estudio de campo de enfoque descriptivo, transversal y cualitativo. Lo mismo se hizo en un Centro de Atención Psicosocial Ciudad Itacambira/MG en el que se obtuvo la muestra en 15 familias de esquizofrénicos los usuarios registrados en la institución. Se utilizó un formulario como una herramienta para la recolección

de datos en la que fueron grabadas y transcritas para su análisis las respuestas. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación bajo el protocolo n ° 01190/2010. En cuanto a los resultados, se identificó el reconocimiento de la familia en la asistencia al servicio desde el momento de la crisis de usuario de seguimiento en casa. Se percibe la satisfacción del modelo de salud mental que ofrece a los usuarios, la integración del equipo multidisciplinario como facilitador presenta el proceso de integración de servicio a la comunidad atendida. Por lo tanto, la salud mental se ha prestado poca atención en la escena nacional y entre los profesionales de la salud no saben la dificultad en el trato con los pacientes en crisis mental. A través de esto, los profesionales de atención primaria deberían centrarse más en estos pacientes con el fin de proporcionarles un aumento en la calidad de la salud.

Descriptor: Familia, Salud Mental, Esquizofrenia.

INTRODUÇÃO

No século XVIII, Pinel trouxe um novo entendimento sobre o adoecimento mental que passou a ser considerado como um distúrbio do sistema nervoso, e então, recebeu a denominação de doença que

necessitava ser estudada. Porém, a estratégia de isolar e excluir o doente continuou, pois se aceitava que esse tratamento seria necessário ao doente mental além da concepção de que a família e a sociedade eram estímulos negativos, associava-se a uma causa física, fatores psicológicos e sociais eram desconsiderados⁽¹⁾.

A Psiquiatria, como especialidade médica, nasceu dentro dos asilos e da necessidade de abrigar, proteger, cuidar, investigar, diagnosticar e tratar os indivíduos que da loucura fossem acometidos. A loucura representa um tremendo desafio para todos interessados em estudá-la. Tanto a loucura é um desafio que muitas outras áreas do conhecimento se associam neste processo de investigação dos seus segredos. Filósofos, sociólogos, antropólogos, neurocientistas, psicofarmacologistas⁽²⁾.

Com o término da Segunda Grande Guerra Mundial, aceleraram-se as mudanças positivas na psiquiatria, o surgimento dos antipsicóticos e antidepressivos aceleraram o esvaziamento dos grandes hospitais. Fica para trás uma psiquiatria sem diagnóstico para uma psiquiatria com diagnóstico. Surgindo nesse momento o movimento chamado de antipsiquiatria que sacudiu os ambientes universitários e o grande público⁽²⁾.

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do "movimento sanitário", nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, promovendo esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde⁽³⁾.

O surgimento do primeiro CAPS no Brasil aconteceu na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico⁽³⁾.

Conforme o mesmo autor citado acima neste período é implantado no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos/SP passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde⁽³⁾.

É a partir do ano de 1992, que os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, aprovam em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede

integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos⁽³⁾.

É em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil⁽³⁾.

Quanto à esquizofrenia é uma grave doença neuropsiquiátrica grave que pode desencadear em indivíduos, independente de sua cultura, riqueza, saúde ou educação. E além de comprometer os pacientes compromete também a vida de seus familiares apresentando grande custo para sociedade. No Brasil ela ocupa 30% dos leitos psiquiátricos hospitalares ou cerca de 100mil leitos dia e representa o segundo

lugar das primeiras consultas psiquiátricas ambulatoriais, ou seja, 14% e o quinto lugar na manutenção de auxílio doença⁽⁴⁾.

A história da esquizofrenia pode ser tomada como paradigma da história da psiquiatria. Ela encerra os inúmeros dilemas e soluções propostas pelo pensamento psiquiátrico nos últimos duzentos anos, e ainda continua desafiando a pesquisa, seus métodos e suas interpretações⁽⁵⁾.

O interesse pelo desenvolvimento deste tema dá-se pelo fato da esquizofrenia ser considerada um problema de saúde pública merecendo, portanto, maior destaque pela população e ascensão no campo de pesquisa.

Sendo assim, este estudo objetiva identificar a percepção de familiares de usuários esquizofrênicos de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a esquizofrenia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo, transversal, com abordagem qualitativa. A mesma foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial I da cidade de Itacarambi/MG com familiares de usuários esquizofrênicos da instituição.

Esta instituição de saúde mental possui atualmente um total de 95 usuários cadastrados, sendo que 15,78% desse valor são pacientes esquizofrênicos das quais seus respectivos familiares foram utilizados como amostra para a entrevista.

Com isso, a amostra foi composta por 15 pessoas responsáveis pelos usuários esquizofrênicos cadastrados na instituição e residentes no município de Itacarambi/MG.

O Instrumento utilizado para realização deste trabalho foi uma entrevista semi-estruturada na qual foram obtidos dados, colhidos através de relatos dos familiares de usuários esquizofrênicos, podendo, portanto investigar quais suas percepções frente ao tratamento oferecido pelo CAPS I de Itacarambi/MG.

Foram então incluídos nesta pesquisa os familiares de usuários esquizofrênicos que possuíam idade maior que 18 anos, estes participaram de forma espontânea da entrevista e logo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Familiares de portadores de esquizofrenia que não fossem cadastrados no CAPS ficaram isentos a participar da pesquisa.

A pesquisa foi realizada no próprio ambiente domiciliar dos familiares para garantir a eles comodidade e neutralidade, sendo a mesma realizada no 2º semestre de

2010. Quanto ao sigilo e ao anonimato dos entrevistados, foram utilizados letras e números para a designação de cada entrevistado, sendo os mesmos que vão de E-1 a E-15. Os entrevistados foram devidamente orientados sobre a pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participação na mesma.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Unidas do Norte de Minas (CEP FUNORTE), protocolo nº. 01190/2010. Foram respeitados todos os preceitos éticos regidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde na qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a coleta de dados, estes foram analisados e compilados obtendo os seguintes resultados:

Quanto ao tempo em que o usuário frequenta o CAPS e dispõe de seus serviços, foram obtidas respostas no intervalo de 02 a 10 anos.

“02 anos”. (E-9) / “03 anos”. (E-13) / “04 anos”. (E-4) / “10 anos”. (E-2)

O Centro de atenção psicossocial de Itacarambi/MG foi implantado em Junho de 2004, quando foram instituídos os profissionais: Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, Enfermeiro, Auxiliares de Enfermagem, Artesã e Auxiliares de Serviços Gerais. Esse tem como proposta a reabilitação e inserção social dos usuários portadores de sofrimento mental. A princípio, o funcionamento desse Centro não tinha uma estrutura física adequada porque o prédio estava em reforma, mas nem por isso os usuários deixaram de receber atendimento de qualidade. Por ser um Centro novo, até mesmo na microrregião, este foi marcado por grandes desafios. No ano de 2005, ainda em processo de implantação, obteve grandes vitórias porque se organizou a administração e aumentou a produtividade, porque foram redefinidas funções e atribuições de cada membro da equipe. Porém, estes usuários já eram cadastrados no grupo de saúde mental do ESF de Itacarambi/MG desde 1999, mas não tinham apoio financeiro.

Quanto à admissão do paciente no CAPS deve ser sempre negociada com o próprio paciente para se evitar admissões involuntárias. Não há uma regra a ser seguido quanto o seu tempo de permanência esta é ditada pela particularidade de cada caso, a partir de um

acordo feito entre o paciente e seus familiares⁽⁶⁾.

No contexto das políticas públicas em saúde mental, o CAPS, surge, como um projeto que se lança para o futuro, se constituindo e construindo continuamente a partir das exigências cotidianas dos seus usuários que na maioria das vezes são casos considerados graves com o objetivo de manter o cliente em tratamento extra-hospitalar, vinculado à família com perspectiva de retomada das atividades de vida diária, interativas e sociais⁽⁷⁾.

Em relação a algum fator que dificulte o acesso do usuário ao tratamento foi observado que algumas famílias entendem que não há nenhum fator, outras relatam a recusa do usuário em ir ao CAPS, outras há uma dificuldade para levá-los conforme as falas a seguir.

“Não, ele vai todo dia certinho”. (E-6)

“A única coisa que fica complicada é porque tem que alguém levar ele e ele sozinho não vai”. (E-11)

“Tem vez que ela ta em crise e não quer ir lá não”. (E-2)

“Num gosta muito de ir não, mais o povo lá conversa com ele e ele vai”. (E-7)

“Nois mora aqui meio
afastado na roça mais
ele vai com o pai dele”.
(E-9)

Estudos indicam que pacientes psiquiátricos crônicos são considerados mais vulneráveis a estresse, são mais dependentes e apresentam menor competência social e maiores problemas de relacionamento interpessoal, resultando em uma qualidade de vida empobrecida, se comparadas com a de indivíduos da população geral. Em se tratando de pacientes com esquizofrenia, estas dificuldades são ainda maiores, principalmente nas áreas de finanças, trabalho, segurança e relações familiares e sociais⁽⁸⁾.

É bastante delicado e difícil para um paciente com dificuldade decorrente de uma doença estabelecer laços com pessoas novas e com lugares desconhecidos. Nesse sentido, uma vez que se consiga um vínculo em uma instituição, este deve ser mantido, e os procedimentos de tratamento/reabilitação devem ocorrer num mesmo local, com a mesma equipe⁽⁹⁾.

Sobre as evidências de mudanças no quadro do usuário após início do tratamento no CAPS, percebe-se que a família está satisfeita com o serviço conforme as falas abaixo:

“Muitas mudanças,
deixou de ficar
trancada no quarto, não
tinha amizade, chorava
e ficava muito
agressiva”. (E-2)

“Ele ficou foi bom
demais, não fica mais
falando que ouve voz,
que tem um bicho atrás
dele”. (E-8)

“Mudou, já ajuda o pai
as vez na roça, só que é
só um pouco, ele não
agüenta muito por
causa dos remédios”.
(E-9)

O tratamento deve ser integrado, além das drogas, a alguma forma de terapia Psicossocial. Muitos pacientes obtiveram êxito nas experiências que podem lembrar fenômenos de reações dolorosa em que positivamente os familiares estariam envolvidos e que na integração com outras famílias que compartilham dificuldades semelhantes, o índice de reincidência diminuiu significativamente, em relação aos pacientes medicados simplesmente com drogas⁽¹⁰⁾.

Em geral, quando programas de internação e programas ambulatoriais são comparados, as pessoas com programas ambulatoriais (tratadas fora o hospital) mostram resultados superiores por períodos mais longos de tempo do que

peças hospitalizadas. Mesmo as peças agudamente psicóticas podem ser tratadas efetivamente em centros comunitários equipados profissionalmente e cuidadosamente supervisionados⁽¹¹⁾.

Quanto à orientação do CAPS para a família sobre o transtorno que seu familiar tem, percebe-se que a família recebeu essa informação.

“Já, esquisofonia, é uma coisa do psicológico”. (E-1)

“Já, é um probleminha na cabeça, uma tal de esquizo alguma coisa”. (E-5)

“Já falou, só que eu não lembro o nome não, disse que ele pode ter umas crises, ficar agitado, ter uma tal de alucinação uns trem assim”. (E-7)

O termo esquizofrenia (“*esquizo*” = cisão, “*frenia*” = mente) foi introduzido em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler para definir uma doença psíquica caracterizada, basicamente, pela “cisão do pensamento, do afeto, da vontade e do sentimento subjetivo da personalidade”. Os sintomas da esquizofrenia são classificados como produtivos e negativos. Os sintomas produtivos mais característicos são o delírio e as alucinações⁽¹²⁾.

Na esquizofrenia, as alucinações auditivas são as mais frequentes: o paciente escuta vozes de pessoas ausentes, que comentam sobre seu comportamento ou lhe dão ordens imperativas, às quais ele não consegue resistir. O paciente passa a sentir-se influenciado por outros, perde o controle de sua própria vontade, sente-se controlado por telepatia, por hipnose, “como um robô”. Pode também interpretar delirantemente estímulos reais, como por exemplo, achar que uma determinada notícia na televisão ou no rádio refere-se à sua pessoa, os sintomas negativos caracteriza-se, principalmente, por uma diminuição da afetividade e por um empobrecimento do conteúdo do pensamento⁽¹²⁾.

O adoecer psíquico é facilmente percebido, pois geralmente são apresentados pelos indivíduos que adoecem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Assim, não sendo entendida pela comunidade como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais⁽¹⁾.

Em se tratando da ajuda prestada pelo CAPS em um momento de crise, o familiar relata e reconhece a assistência do serviço.

“O CAPS vem aqui, pega ela e comunica o hospital e lá da injeção”. (E-2)

“Manda a ambulância aqui na roça e leva ele pro hospital”. (E-9)

“Uai, ajuda nois, vem aqui e pega ele”. (E-11)

“Vem com um carro aqui, o enfermeiro e um home que trabalha lá e leva”. (E-12)

A portaria GM 336/2002 nos traz critérios para se definir o CAPS, seu tempo de funcionamento é de 08h00min as 18h00min, em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana (CAPS I E CAPS II); aqueles que funcionam 24 horas, se segunda a segunda (CAPS III). Os CAPS funcionam em área física e independente de qualquer estrutura hospitalar, em equipes interdisciplinares próprias. Atendem de forma individual ou em grupo, atende a família; atividades de suporte social e inserção comunitária; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares⁽⁶⁾.

A noção de reabilitação surgiu aos poucos no CAPS, como um aprendizado e uma conquista natural, e só pôde tomar forma quando a instituição já estava em

funcionamento, quando já existiam condições para que tal noção pudesse ser vislumbrada e chamada a operar⁽⁹⁾.

Os grupos de apoio podem ser muito úteis e alguns estudos demonstram que os pacientes melhoram quando as famílias estão em algum grupo de auto-ajuda. Em curto prazo, cuidados residenciais e outros serviços, também podem ajudar e proteger o paciente oferecendo alívio à família⁽¹⁰⁾.

É possível inferir através das seguintes falas que em relação ao convívio social do usuário após o tratamento, a família observa melhora.

“Melhorou 100% toma medicação, tem contato com as pessoas, toca o órgão na igreja”. (E-2)

“Melhorou um pouquinho os vizim não gosta de vim aqui em casa não”. (E-5)

“Sim, antes o povo tinha até medo dele agora não ele já tem é amigo uma amizade sadia”. (E-8)

“Menina, acho que ta até com uma namoradina”. (E-11)

Na perspectiva da pessoa enferma, a doença traz um impacto no fluxo de sua vida cotidiana⁽¹³⁾.

A incerteza provocada pela patologia mental em uma sociedade pouco receptiva aos distúrbios emocionais faz do trabalho uma forma de inclusão social. A exclusão do trabalho traz danos pessoais e social na vida de quem foi acometido por transtorno mental. Deste modo, as possibilidades de inclusão assumem valor simbólico, algo como resgate do sentir-se vivo e participando das relações de trocas sociais⁽¹³⁾.

Há no máximo quatro décadas que se fala em reabilitação psicossocial que no seu sentido instrumental representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Esse processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado⁽¹⁴⁾.

A doença, antigo foco do cuidar, cede espaços para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando as expressões da condição da vida humana em determinada sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diversas competências dos sujeitos para

enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças sociais⁽¹³⁾.

Sobre a eficácia da atuação da equipe de profissionais do CAPS na reabilitação do usuário, a família compreende que:

“Sim, são bons lá eles fazem artesanato, aula de musica, palestra passeata pra chegar mais na sociedade”. (E-2)

“Graças a Deus não tenho o que falar, aconselha ele, é só ele ter qualquer coisa eles vem aqui visitar nois”. (E-6)

“Eles oferece um monte de coisa boa alem de conversar faz festinha, quadrilha, passeio tem a menina lá do artesanato”. (E-10)

Uma vez que se consiga um vínculo em uma instituição, este deve ser mantido, e os procedimentos de tratamento / reabilitação devem ocorrer num mesmo local, com a mesma equipe⁽⁹⁾.

A reabilitação é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível

potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. A reabilitação psicossocial é um processo abrangente, e não simplesmente uma técnica⁽¹⁵⁾.

Estudos sobre qualidade de vida são relativamente recentes na área de saúde mental, mesmo que tentativas tenham sido relatadas visando à mensuração. Determinar a qualidade de vida representa uma tentativa de quantificar as conseqüências de uma doença e de seu tratamento sobre a percepção do paciente a respeito de sua capacidade para viver uma vida útil, de acordo com suas expectativas⁽⁸⁾.

Ao falar do incentivo do CAPS na participação da família no tratamento, entende-se que é realizada uma aproximação entre serviço e família.

“Incentiva sim, marca umas reunião la e chama agente”. (E-5)

“Fala, pra nois, tudo que tá acontecendo”. (E-8)

“A fala que nós a família é muito importante pra meu fi ficar bom”. (E-14)

No contexto das políticas públicas em saúde mental, o CAPS, surge, como um projeto que se lança para o futuro, se constituindo e construindo continuamente a partir das exigências cotidianas dos seus usuários que na maioria das vezes são casos considerados graves com o objetivo de manter o cliente em tratamento extra-hospitalar, vinculado à família com perspectiva de retomada das atividades de vida diária, interativas e sociais⁽⁷⁾.

O CAPS vem mudando o ideário nacional, ampliando os horizontes da clínica para incorporar a dimensão psicossocial. O conceito de doença é abandonado, passando-se a utilizar o de problemas. Então impondo o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da cidadania e inclusão dos doentes mentais⁽⁷⁾.

A doença, antigo foco do cuidar, cede espaços para a saúde, pensada de forma processual, dimensionando as expressões da condição da vida humana em determinada sociedade, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diversas competências dos sujeitos para enfrentar desafios, agressões, conflitos e mudanças sociais⁽¹³⁾.

Sendo a diferença da assistência oferecida pelo CAPS e pelo hospital psiquiátrico, algumas famílias não sabem por que o usuário nunca foi internado no

hospital psiquiátrico, outras já ouviram falar.

“Tem muita diferença, os CAPS pelo menos têm um atendimento bom, o médico escuta o paciente e deixa-o falar a vontade, no hospital fica todo mundo junto bagunçado gente babando, preso, comendo uma comida feia no CAPS o enfermeiro vem em casa e cuida”. (E-2)
“Não, ele só é tratado no CAPS”. (E-6)
“Sei falar muito a diferença não”. (E-8)
“Ah, é porque lá fica direto e o CAPS não”. (E-13)
“Ah sei, minha cunhada já falou que lá trata os outros igual bicho”. (E-15)

Desde a década de 80 é considerado o dispositivo assistencial prioritário para a substituição dos manicômios⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a organização mundial de saúde afirma que a reabilitação psicossocial seria o conjunto de atividades capaz de aumentar oportunidades de recuperação de indivíduos e diminuir os efeitos desabilitantes da cronificação das

doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários⁽¹⁶⁾.

Esse autor acima ainda afirma que diversos estudos mostram que 50% dos esquizofrênicos são hospitalizados apenas uma vez e que em 60% dos casos, com um tratamento adequado, consegue-se uma reintegração social e profissional satisfatória.

Mesmo nos casos de curso desfavorável, a gravidade dos sintomas evolui dentro dos primeiros cinco anos da doença, não havendo piora após este intervalo.

Sabe-se hoje que o prognóstico da esquizofrenia não é tão catastrófico como se acreditava há algumas décadas⁽¹²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica tem o objetivo de abolir o modelo tradicional dos asilos e hospícios procurando evitar maus tratos e exclusão social daqueles marginalizados pelo estigma da loucura. O atendimento humanizado e social busca melhorar a qualidade de vida estabilizando o quadro do sofrimento mental. Foi possível perceber neste estudo que a família conhece sobre o transtorno que o usuário tem e identifica o serviço do CAPS como um parceiro no tratamento.

Reconhece a evolução do tratamento nesta nova clínica incluindo a terapia individual, medicamentosa, terapia grupal, trabalho com a família, as oficinas terapêuticas nos vários campos do saber humano.

A equipe interdisciplinar é atuante, a família recebe apoio nos momentos de crise no domicílio. A família relata como fator dificultador ao tratamento no CAPS o percurso ou transporte do usuário ao serviço. Diante da reforma, a família apresenta satisfeita com o serviço do CAPS e vê no hospital psiquiátrico como algo que não conhecem e nem deseja que seus parentes usufruam deste serviço, o município possui o hospital geral o qual acolhe o usuário nos casos de internação. Espera-se que este estudo possibilite à estimulação, obtenção e adequação da organização dos serviços substitutivos, visando melhorar atendimento dessa clientela.

REFERENCIAS

1. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006;40(1):123-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>
2. Piccinini WJ. Voando sobre a história da psiquiatria [Internet]. História da Psiquiatria. 2000. Acesso em: 20 jan 2010. Disponível em: www.priory.com/psych/wal0800.htm
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, 2005. Acesso em: 11 jan 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf
4. Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.
5. Barros HL. A Psiquiatria: da causalidade à verdade como causa. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção em saúde mental. 1ª ed. Belo Horizonte, 2006. Acesso em: 20 fev 2010. Disponível em: http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf
7. Tavares CMM. O papel da arte nos centros de atenção psicossocial – CAPS. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003;56(1):35-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n1/a07v56n1.pdf>
8. Cardoso CS, Bandeira MCWT, Fonseca JOP. Escala de qualidade de vida para pacientes com esquizofrenia QLS-BR: adaptação transcultural para o Brasil. J Bras Psiquiatr. 2002;51(1):31-8.
9. Goldeberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Ltda, 1996.
10. Santos LC. A família e o Esquizofrênico [Internet]. 1999. Acesso em: 28 jan 2010. Disponível em: www.geocities.com/psicanaliseonline/esquizof.htm
11. Abreu PSB. PRODESQ – Programa de esquizofrenia [Internet]. Porto Alegre: Hospital de Clínicas, 2008. Acesso em:

- 12 jul 2010. Disponível em:
www.hcpa.ufrgs.br/downloads/psiquiatria/publicacoes/ph124.pdf/
12. Gattaz WF. Esquizofrenia [Internet]. 2005. Acesso em: 10 dez 2009. Disponível em:
<http://www.neurociencias.org.br/display.php?area=textos&textos=esquizo>.
13. Jorge MSB, Bezerra MLMR. Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2004;13(4):551-8. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a07.pdf>
14. Pitta AMF. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec Ltda, 1996.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental – Nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001. Acesso em: 29 set 2009. Disponível em:
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 8ª ed. Brasília, 1987. Acesso em: 20 set 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-12-09
Last received: 2013-12-09
Accepted: 2013-12-10
Publishing: 2014-09-30