

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

LAÍS SUÉLLEN NASCIMENTO DOS SANTOS

**CUIDANDO DA FAMÍLIA: O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS DE
ESQUIZOFRÊNICOS DO CAPS II DE CAÇADOR/SC**

**CAÇADOR
2016**

LAÍS SUÉLLEN NASCIMENTO DOS SANTOS

**CUIDANDO DA FAMÍLIA: O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS DE
ESQUIZOFRÊNICOS DO CAPS II DE CAÇADOR/SC**

Monografia apresentada como exigência para a obtenção de título de Especialista em Gestão em Saúde Pública, do Curso de Pós-graduação *lato sensu* de Gestão em Saúde Pública, ministrado pela Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação da Prof. Dra. Hillevi Maribel Haymussi.

**CAÇADOR
2016**

RESUMO

A esquizofrenia entende-se por doença mental, caracterizada por uma ampla desorganização de pensamentos, emoções e percepção da realidade. O portador da doença perde o sentido de realidade, não conseguindo distinguir o que é real e o que é fruto de sua imaginação. O eixo central do presente projeto monográfico coloca em pauta relevantes questões relacionadas à problemática dos portadores de esquizofrenia e suas famílias no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e dos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS. Com o objetivo de levantar questões relacionadas à problemática dos cuidados por parte da área de saúde mental com relação às famílias dos usuários, temos a pretensão de aprofundar o debate, identificando e apresentando uma análise crítica sobre o tema através de análise bibliográfica, e pesquisa de campo. O atual estudo é de natureza exploratória/descritiva. Os sujeitos envolvidos foram sete famílias de esquizofrênicos atendidos pelo CAPS II de Caçador, Santa Catarina. Para a coleta de dados foi utilizada entrevista estruturada. Para análise e discussão dos dados foram utilizados os seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos mesmos e análise final, tendo por base o material bibliográfico e os dados empíricos. Como resultado da pesquisa verificou-se que não há, efetivamente e exclusivamente, por parte do CAPS II de Caçador/SC, um trabalho direto com as famílias de usuários esquizofrênicos. Atualmente essas famílias recebem o apoio necessário em suas dificuldades através de reuniões trimestrais e atendimentos quando se faz necessário, pois, segundo a instituição, há uma resistência por parte das famílias em aderir as atividades em âmbito institucional.

Palavras-chave: Esquizofrenia, Saúde, Centros de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas.

ABSTRACT

Schizophrenia is meant by mental illness, characterized by a wide disorganization of thoughts, emotions and perception of reality. The carrier of the disease lose the sense of reality, unable to distinguish what is real and what is the fruit of your imagination. The central axis of this monographic project puts on agenda issues relevant to the problems of people with schizophrenia and their families under the Unified Health System - UHS and Psychosocial Care Centers - CAPS. In order to raise issues related to the care from the mental health area with respect to the families of users, we have the intention to deepen the debate by identifying and presenting a critical analysis of the topic through literature analysis and research field. The current study is an exploratory / descriptive. The subjects involved were seven families of schizophrenics attended by CAPS II of Caçador, Santa Catarina. For data collection was used structured interview. For analysis and discussion of the data the following steps were used: data ordering, classification and final analysis of the same, based on the bibliographic material and empirical data. As a result of the research it was found that there is effectively and exclusively by the CAPS II of Caçador/SC, a direct work with families of schizophrenics users. Currently these families receive the necessary support in their difficulties through quarterly meetings and visits when necessary because, according to the institution, there is a resistance from the families to join the activities at the institutional level.

Key words: Schizophrenia, Health, Psychosocial Care Centers Alcohol and Drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Funcionamento dos CAPS	29
Figura 1 – Demanda de vários setores do CAPS.....	31
Quadro 2 – Tipos de Profissionais que Trabalham no CAPS – Equipe Mínima.....	37
Quadro 3 – Perfil dos entrevistados	48
Quadro 4 – Perfil familiar	50
Quadro 5 – Como constatou que seu filho, filha, irmão, irmã, cônjuge tinha algum problema?	51
Quadro 6 – Que problemas para a Família causava?	52
Quadro 7 – A quem recorreu inicialmente?	52
Quadro 8 – Como foram encaminhados para o CAPS?.....	53
Quadro 9 – O tratamento oferecido pelo CAPS II do município de Caçador/SC junto ao próprio esquizofrênico diminuiu a ocorrência de surtos da doença?	54
Quadro 10 – Qual foi o tempo de tratamento no CAPS II?	54
Quadro 11 – Qual o tratamento oferecido ao paciente, pelo CAPS II?	55
Quadro 12 – Há atividades de grupo com as famílias?	55
Quadro 13 – Quantos dias por semana o usuário frequenta o CAPSII?	56
Quadro 14 – Que outras atividades?.....	56
Quadro 15 – Que trabalho é feito com a família?	57
Quadro 16 – Como é realizado?	57
Quadro 17 – Que melhoras foram sentidas no paciente frequentando o CAPS II? ..	58
Quadro 18 – O que melhorou na família?	59
Quadro 19 – Na sua opinião, a vinculação do paciente e da família no CAPS II trouxe quais melhorias na convivência familiar? Os laços de afetividade foram fortalecidos?	59
Quadro 20 – Algum comentário que deseje expressar	59

LISTA DE SIGLAS

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CAPSad – Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas

CF – Constituição Federal

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NOAS – Norma Operacional e Assistência à Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde de Família

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 O HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA NO BRASIL	12
2.1 ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA.....	12
2.1.1 Como eram tratadas as pessoas que apresentavam esquizofrenia?	12
2.1.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	20
2.1.3 A Constituição Federal de 1988	24
2.1.4 Sistema Único de Saúde (SUS)	25
2.1.5 A Política de Saúde Mental	26
2.1.6 Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)	28
2.1.7 Avaliação.....	38
3 A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR AOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA	40
4 CARACTERIZAÇÃO DO CAPS II DE CAÇADOR SC	42
4.1 ESTRUTURA	42
4.2 METODOLOGIA DE TRABALHO	42
5 A PESQUISA	45
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
5.2 UNIVERSO.....	46
5.3 AMOSTRAGEM	46
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS	46
6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO	48
6.1 AS ENTREVISTAS.....	48
6.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS.....	48
6.3 PERFIL FAMILIAR	48
6.4 HISTÓRICO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO À DOENÇA	50
6.5 RELAÇÃO FAMÍLIA – TRATAMENTO – IMPACTO	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença psiquiátrica que acomete aproximadamente 24 milhões de pessoas, segundo a Organização Mundial de Saúde. Apesar de profundas pesquisas, a doença continua sendo um grande desafio de compreensão dos fatores que a desencadeiam. Ter um membro da família com transtorno mental significa um impacto na vida familiar com efeito desestruturante na sua organização. É tão devastador quanto ao próprio portador da doença. Muitas famílias desconhecem a doença, ficam assustadas e também adoecidas.

O eixo central da presente monografia coloca em pauta relevantes questões relacionadas à problemática dos portadores de esquizofrenia e suas famílias no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e dos Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS. Com o objetivo de levantar questões relacionadas à problemática dos cuidados por parte da área de saúde mental com relação as famílias dos usuários, temos a pretensão de aprofundar o debate, identificar e posteriormente apresentar uma análise crítica sobre o tema através de análise bibliográfica, e pesquisa de campo com as famílias de usuários atendidas pelo CAPS II de Caçador/SC.

Diferentemente do que se viam antigamente onde doentes mentais eram isolados e esquecidos em hospitais e manicômios, submetidos a tratamento cruel e desumano, no intuito não de tratar a doença, mas sim, cerceá-los do restante da sociedade em nome da “normalidade”, hoje contamos com uma metodologia de trabalho na questão da saúde mental inegavelmente melhor.

Após séculos de tratamento baseado no modelo manicomial e hospitalocêntrico, que oferecia apenas tratamento para manter seus pacientes calmos, muitas vezes utilizando técnicas agressivas como a eletroconvulsoterapia várias vezes ao dia, profissionais, famílias e pessoas interessadas ou comovidas com a situação enfrentada pelos pacientes se mobilizaram na luta pela Reforma Psiquiátrica.

Tal Reforma propunha mudança total no sistema de tratamento de doenças mentais, objetivava diminuir gradativamente o número de internações, e em contra partida almejava tratamento alternativo como atendimento psicossocial, lúdico, integração do paciente com a comunidade, maior responsabilização da família para com o paciente e ações que visam ascende-lo como cidadão.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco para a saúde brasileira, em seu texto identificava o Estado como mantenedor da saúde. Em 1990 foi criada a Lei nº 8.080, denominada Sistema Único de Saúde, veio para regulamentar os serviços de atendimento em saúde definindo-os como direitos integrais, universais e de equidade. Outro ponto fundamental no âmbito da saúde mental se materializou a partir da criação da Política de Saúde Mental, criada para nortear o serviço prestado.

Assim, depois de muitas lutas em torno dos direitos do paciente mental, são criados em todo o país os CAPS II, direcionados para o atendimento a pacientes portadores de doenças mentais e também os CAPS ad – Álcool e Drogas, direcionados ao atendimento a usuários de álcool e drogas. Descentralizados, atendendo em todos os níveis de complexidade e focados na família e comunidade.

Levando em conta a devolutiva do paciente mental para a família e a comunidade, após a Reforma Psiquiátrica, e entendendo a família como base no tratamento contra a esquizofrenia e tendo consciência dos abalos que estas sofrem por conta da doença, há que se pensar, também, no acompanhamento destes familiares, portanto, a presente pesquisa verificará quais mecanismos de ação o CAPS II de Caçador/SC utiliza para trazer família e comunidade junto a esses pacientes, quais programas, projetos e consequentemente sua eficácia.

A presente monografia será desenvolvida por meio de uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e através de pesquisa de campo.

A realização da presente pesquisa justifica-se pela sua grande relevância social, visto que o trabalho com as famílias de usuários esquizofrênicos mostra-se tão importante quanto o trabalho com os próprios usuários.

Para a Gestão em Saúde Pública, o trabalho com as famílias que sofrem com a esquizofrenia é um grande desafio e de extrema importância no tratamento da doença, já que é no núcleo familiar que ela traz os maiores danos. Preparar essas famílias para agir em situações de agravo da doença e acompanhá-los psicologicamente é fundamental.

Os resultados desta pesquisa talvez abram as portas para que a família também se integre como parte do tratamento do esquizofrênico ou possam servir de embasamento para o CAPS II repensar, modificar, criar mecanismos de chamamento das famílias ou até mesmo implantar serviço de acompanhamento com as mesmas.

Em suma, o tema foi escolhido devido ao número cada vez mais crescente de casos de esquizofrenia ocorridos nos últimos tempos, trazendo consigo toda uma

gama de problemas no âmbito do trabalho, já que uma vez manifestada a doença, o indivíduo portador se afasta de sua atividade laboral. Também no núcleo familiar, onde, por vezes, laços afetivos são rompidos, bem como no setor de saúde pública, onde os serviços oferecidos pela saúde mental têm cada vez mais demandas.

Consta-se que aproximadamente 1% da população sofre da doença, essa porcentagem aumenta consideravelmente se somada a todos os tipos de transtornos mentais. Nesta perspectiva, onde o setor da saúde mental é um dos mais procurados e onde é gasto grande parte do que é arrecadado por parte da saúde, tornam-se imprescindíveis estudos e pesquisas que possibilitem apontar falhas e conhecer propostas e ideias de quem realmente entende e convive com a esquizofrenia e seus efeitos, a família.

Assim, apontamos como problema norteador da pesquisa: Qual é o impacto do trabalho desenvolvido pelos profissionais do CAPS II de Caçador/SC junto às famílias de usuários esquizofrênicos?

Como objetivo central nos propomos analisar o impacto do trabalho desenvolvido pelo CAPS II (saúde mental) de Caçador/SC com as famílias de esquizofrênicos na percepção dos familiares, no segundo bimestre de 2015.

Os objetivos secundários deste trabalho são:

- Aplicar pesquisa junto às famílias de esquizofrênicos do CAPS II de Caçador/SC;
- Definir o conceito de esquizofrenia e o histórico do tratamento da doença no Brasil;
- Apontar a legislação que garante direitos aos portadores de doença mental;
- Caracterizar o CAPS II de Caçador;
- Identificar o perfil sócio econômico das famílias;
- Identificar a metodologia de trabalho social executada pelo CAPS II de Caçador com famílias de esquizofrênicos;
- Dimensionar o impacto do trabalho social realizado com famílias de esquizofrênicos do CAPS II de Caçador.

A presente monografia está estruturada em cinco partes. A primeira parte apresenta a introdução onde estão descritos o problema, a justificativa do tema, os objetivos. A segunda parte é feita a revisão da literatura abordando as interpretações sobre esquizofrenia, seus principais estudiosos e um breve histórico de tratamento. A

terceira parte aborda a importância do apoio familiar aos portadores de esquizofrenia, a caracterização do CAPS II de Caçador SC, sua estrutura e metodologia de trabalho. A quarta parte deste estudo nos mostra a metodologia usada para desenvolvê-lo, o tipo da pesquisa, o universo em que ocorreu, as técnicas e instrumentos de coleta de dados utilizados, o procedimento para análise de coleta de dados, a amostragem e a análise dos dados. E por fim, na quinta parte temos a conclusão do estudo, as referências bibliográficas que foram utilizadas para embasamento teórico e os anexos, que são os instrumentos para a realização da pesquisa.

2 O HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA NO BRASIL

2.1 ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia tem sido considerada uma doença do neurodesenvolvimento, causada por uma complexa interação de fatores genéticos e ambientais que se inicia ainda na vida intrauterina, podendo causar alterações na estrutura e no funcionamento do cérebro. De acordo com Gatazz (2009, s/p),

a esquizofrenia se instala em pessoas jovens. O pico da instalação se dá, no homem, por volta dos 25 anos de idade. A mulher parece estar um pouco mais protegida. Nela a doença ocorre mais tarde, por volta dos 29/30 anos. A incidência, porém, é igual nos dois sexos. A proporção é de um homem para cada mulher com a doença.

O histórico da esquizofrenia data de relatos de textos hindus e gregos séculos antes de Cristo, embora textos mais precisos datem do século XIX D.C. Tem como seus principais estudiosos na área Emil Kraepelin, Eugen Bleuler e Kurt Schneider.

A primeira categorização do que hoje conhecemos por esquizofrenia foi feita por Emil Kraepelin, que a denominou “demência precoce” (*dementiae praecox*). O termo esquizofrenia surgiu em 1911, com Eugne Bleuler que fez uma nova leitura da “demência precoce” com ênfase na desorganização mental envolvida no processo psicótico. Esquizo vem do latim *mente* e frenia *dividida*, referência à cisão das funções psíquicas em especial da forma do pensamento (desagregação). (MEDICINA ATUAL, 2015, s/p, web).

A esquizofrenia entende-se por doença mental, caracterizada por uma ampla desorganização de pensamentos, emoções e percepção da realidade. O portador da doença perde o sentido de realidade, não conseguindo distinguir o que é real e o que é fruto de sua imaginação. Manifesta-se, geralmente, no fim da adolescência e início da fase adulta até aproximadamente quarenta anos de idade e vem marcada por intervalos de surtos psicóticos, com acentuado aumento dos sintomas e momentos de remissão, isto é, abrandamento ou ausência de sintomas.

Até hoje não se conhece nenhum fator específico causador da Esquizofrenia. Há, no entanto, evidências de que seria decorrente de uma combinação de fatores biológicos, genéticos e ambientais que contribuiriam em diferentes graus para o aparecimento e desenvolvimento da doença. Sabe-se que filhos de indivíduos esquizofrênicos têm uma chance de aproximadamente 10% de

desenvolver a doença, enquanto na população geral o risco de desenvolver a doença é de aproximadamente 1%. (MEDICINA ATUAL, 2015, s/p, web).

Fatores ambientais podem ser de risco para o desenvolvimento da doença, épocas do ano como fim do inverno/início da primavera. A incidência também é maior no meio urbano e em alguns grupos étnicos minoritários. Fatores genéticos e fisiológicos: complicações na gestação, adversidades no pré-natal e no perinatal, como por exemplo: estresse, infecções, desnutrição e diabetes na mãe podem ter relação com a esquizofrenia.

Os pacientes de esquizofrenia são acometidos, variando de paciente para paciente, de delírios e alucinações, tais como: ideias falsas e irracionais de perseguição, percepção de estímulos que não condizem com a realidade, como por exemplo: ouvir vozes, ver pessoas que não existem, conversar com pessoas imaginárias ou ilusões de comunicação por telepatia. Outro sintoma da doença caracteriza-se pelo discurso e pensamento desorganizado, pela fala de forma desconexa, o paciente demonstra incapacidade de organização do pensamento em uma sequência cronológica e lógica. Outro fator intrigante é a incapacidade de demonstrar sentimentos e emoções, tendo seu afeto por familiares e pessoas de seu convívio diminuído, diminuição da mímica facial e expressão corporal, comportamento este que é agravado com o decorrer da doença. Os pacientes podem ficar impulsivos, agitados ou retraídos. Ter ideias suicidas ou até mesmo de agressividade durante surtos da doença. Esquizofrênicos tendem também a ter sua produtividade reduzida, podendo ficar longos períodos de tempo sentados ou perder totalmente o interesse pela vida social ou profissional, o que erroneamente pode ser confundido com preguiça.

Os delírios são crenças errôneas, não removíveis por argumentação lógica, habitualmente envolvendo a interpretação falsa de percepções ou experiências. Seu conteúdo pode incluir temas diversos:

1. Delírios persecutórios: são os mais comuns, neles a pessoa acredita estar sendo seguida, enganada ou espionada.
2. Delírio de referência: a pessoa crê que certos gestos, comentários, ou meios de comunicação fazem referência a sua pessoa.
3. Delírios somáticos: relacionados a distorções corporais.

4. Delírios religiosos ou místicos: crenças religiosas não compartilhadas (ex: de ser enviado por Deus, de ser iluminado).
5. Delírios de grandeza: crença de ser famoso, ter muitas posses ou poderes sobrenaturais.

As alucinações são percepções sensoriais na ausência de objeto. Elas podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial: auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis. As mais comuns e características da esquizofrenia são as alucinações auditivas. Geralmente são experimentadas como vozes conhecidas ou estranhas, percebidas como distintas dos pensamentos da própria pessoa. Apesar do conteúdo das alucinações ser bastante variável, vozes pejorativas ou ameaçadoras são as mais comuns. As alucinações devem ocorrer num contexto claro de vigília; aquelas que ocorrem enquanto o indivíduo adormece (hipnagógicas) ou desperta (hipnopômicas) são consideradas experiências normais.

A esquizofrenia evolui com episódios psicóticos agudos em que há exacerbação de todos os sintomas, que, em geral, duram entre duas semanas e dois meses. No período entre as crises, é comum que os portadores da doença tenham um funcionamento abaixo daquele que havia sido atingido antes do aparecimento dos sintomas. Se a perturbação começa na infância ou adolescência, entretanto, pode haver um fracasso em conquistar o que seria esperado do indivíduo, ao invés de uma deterioração no funcionamento. A comparação entre o indivíduo e seus irmãos não afetados pode ser útil para se estimar os déficits do indivíduo. O progresso educacional frequentemente está perturbado, podendo o indivíduo ser incapaz de terminar a escolarização. Muitos indivíduos são incapazes de manter um trabalho por períodos prolongados de tempo e estão empregados em um nível inferior ao esperado ("mudança descendente"). [...] A maioria (60-70%) dos indivíduos com esquizofrenia não se casa e a maior parte mantém contatos sociais relativamente limitados. Os indivíduos que eram socialmente ativos podem tornar-se retraídos, perder o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, tornam-se mais calados e inativos. (MEDICINA ATUAL, 2015, s/p, web).

O diagnóstico é feito por médico psiquiatra, que realiza entrevista com o paciente e com sua família. Para um diagnóstico mais preciso leva-se em conta o histórico de vida da pessoa, traumas e situações que podem ter desencadeado surtos psicóticos, sintomas detalhados e casos de esquizofrenia ou transtorno mental na família.

Muitos especialistas e pesquisadores da área defendem a ideia de que é possível identificar futuros esquizofrênicos analisando determinados comportamentos, como timidez excessiva, déficit de atenção, dificuldade de socialização e depressão ainda na fase infantil.

Conforme o Manual: diagnóstico e estatístico de transtornos mentais da *American Psychiatric Association et al.* (2014), as características da esquizofrenia tendem a serem as mesmas na infância, ainda que seja mais difícil de fazer o diagnóstico. Nas crianças, delírios e alucinações podem ser menos elaborados do que nos adultos, e alucinações visuais são mais comuns, devendo ser diferenciadas dos jogos de fantasia normais. Discurso desorganizado ocorre em muitos transtornos que começam na infância (p.ex., transtorno do espectro autista), da mesma forma que comportamento desorganizado (p.ex., transtorno de déficit de atenção/hiperatividade). Esses sintomas não podem ser atribuídos a esquizofrenia sem a devida consideração dos transtornos mais comuns na infância. Casos com início na infância tendem a se assemelhar a casos com evolução ruim em adultos, com início gradual e sintomas negativos proeminentes. Crianças que mais tarde recebem o diagnóstico de esquizofrenia são mais propensas a ter sofrido perturbações e psicopatologia emocionais e/ou comportamentais não especificadas, alterações intelectuais e na linguagem e atrasos motores sutis.

Embora haja indícios de alteração da anatomia cerebral de pacientes esquizofrênicos e psicóticos, detectados por exames de neuro-imagem e de metabolismo cerebral, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, ainda não existem exames clínicos que determinem se o paciente sofre ou não da doença.

De acordo com artigo publicado no site ABC da Saúde, além de fazer o diagnóstico, o médico deve tentar identificar qual é o subtipo clínico que o paciente apresenta. Essa diferenciação se baseia nos sintomas que predominam em cada pessoa e na evolução da doença que é variada conforme o subtipo específico. Os principais subtipos são:

- Paranoide: (predomínio de delírios e alucinações);
- Desorganizada ou hebefrênica: (predomínio de alterações da afetividade e desorganização do pensamento);
- Catatônico: (alterações da motricidade);
- Simples: (diminuição da vontade e afetividade, empobrecimento do pensamento, isolamento social);
- Residual: (estágio crônico da doença com muita deterioração e pouca sintomatologia produtiva).

O tratamento da esquizofrenia em sua fase aguda pode ser ambulatorial ou internação quando o paciente apresenta risco a sua integridade física ou de outrem, e deve ter a menor duração possível, possibilitando assim, maximizar o convívio em seu meio sociofamiliar. Já na fase de manutenção (intervalos entre surtos psicóticos), são indicados tratamentos farmacológicos e a reabilitação do paciente através de abordagens psicossociais. A duração do tratamento varia de paciente para paciente, sempre levando em consideração o grau da doença, ocorrência de surtos e os sintomas.

Família e profissionais que acompanham pacientes esquizofrênicos devem atentar-se também ao risco elevado de suicídio que estes geralmente apresentam, segundo *American Psychiatric Association et al.* (2014), “cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, e muitos mais tem ideação suicida importante. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece elevado durante o ciclo de vida pra ambos os sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovem com uso de substancia comórbido. Outros fatores de risco incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar”.

A esquizofrenia traz consigo uma serie de consequências funcionais que precisam ser trabalhadas pelos profissionais em saúde mental e também com o apoio das famílias de pacientes. A esquizofrenia está associada a significativa disfunção social e profissional. A progressão educacional e a manutenção do emprego costumam ficar prejudicadas pela avolia ou por outras manifestações do transtorno, mesmo quando as habilidades cognitivas são suficientes para as tarefas a serem realizadas. A maior parte dos indivíduos tem empregos inferiores aos de seus pais, e a maioria, especialmente os homens, não casa ou tem contatos sociais limitados fora da família. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014, 2014 p. 104).

Outro fator relacionado à esquizofrenia que por vezes pode desencadear ou, se a doença já encontra-se instalada pode facilitar seu agravamento é a comorbidade, segundo *American Psychiatric Association et al.* (2014), “as taxas de comorbidade com transtornos relacionados ao uso de substancias são elevadas na esquizofrenia. Mais de metade dos indivíduos com esquizofrenia tem transtorno por uso de tabaco e

fuma com regularidade. A comorbidade com transtornos de ansiedade é cada vez mais reconhecida na esquizofrenia. A proporção de transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de pânico é elevada em indivíduos com esquizofrenia em comparação com a população em geral. Transtorno da personalidade esquizotípica ou paranoide pode, algumas vezes, anteceder o início da esquizofrenia. A expectativa de vida é reduzida em indivíduos com esquizofrenia em razão das condições médicas associadas. Ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica e doença cardiovascular e pulmonar são mais comuns na esquizofrenia do que na população em geral. Pouco envolvimento em comportamentos de manutenção da saúde (p.ex., screening de câncer, exercícios) aumenta o risco de doença crônica, mas outros fatores do transtorno, inclusive medicamentos, estilo de vida, tabagismo e dieta, também podem contribuir. Uma vulnerabilidade partilhada por psicose e distúrbios médicos pode explicar algumas comorbidades da esquizofrenia.

Apesar de várias pesquisas serem feitas em praticamente todas as partes do mundo para descobrir a cura para a esquizofrenia, infelizmente ainda não se conseguiu, no meio científico, tratamento eficaz. Indivíduos afetados pela doença convivem com ela pelo resto de suas vidas, sendo tratados com medicamentos e atendimento psiquiátrico e psicossocial apenas para mantê-los o maior tempo possível sem a ocorrência de surtos.

2.1.1 Como eram tratadas as pessoas que apresentavam esquizofrenia?

O século XX testemunhou grandes avanços na área da psiquiatria em relação ao passado, passado este obscurecido pelo tratamento desumano e cruel em que psicóticos e esquizofrênicos eram submetidos. Naquela época, pessoas com transtorno mental eram esquecidas por suas famílias em hospitais psiquiátricos denominados hospícios, sanatórios, colônias, casa verde, pinel, frenocômio, ou manicômios, onde recebiam dos chamados alienistas, tratamento simples e paliativo, sem nenhuma efetividade e eficácia contra a doença. Não obstante eram trancafiados em celas ou algemados, ações estas para “conter pacientes agressivos”.

Tal qual a lepra, a esquizofrenia foi combustível para exercício do preconceito e da falta de inteligência que podem assolar mentes humanas, talvez sejam predispostas à maldade ou que sejam apenas engrenagem de um sistema preconcebido para não funcionar, para ser torto e vil. Assim como acontecia nos campos de leprosos de antigamente, os esquizofrênicos, ou loucos,

foram - e são - retirados do convívio social, familiar e mundano. A sociedade, suas famílias (!) os colocaram à parte, ainda colocam, e como se não fosse suficiente esta exclusão, há este terrível caso onde humanos flagelam humanos em troca de uma fútil tranquilidade. (OBVIOUS, 2015, *web*).

Os esquizofrênicos e demais doentes mentais eram deixados por suas famílias e pela sociedade em geral as margens, faziam a “higienização” das ruas tirando seus loucos de circulação, talvez por uma possível ignorância e com certeza pelo preconceito que ainda paira sobre esta parcela da população. Não somente doentes mentais, mas toda e qualquer pessoa que fugisse aos padrões tidos como “normais” da sociedade. Na Europa, os considerados loucos eram entregues a navegadores que os colocavam em barcos, nunca podiam desembarcar, sendo assim expulsos das cidades.

Pessoas que em tempos idos eram consideradas diferentes aos padrões da época muitas vezes também eram consideradas doentes mentais. Homossexuais, médiuns, pessoas frequentadoras de cultos religiosos contrários aos da igreja católica, feiticeiros, bruxas, mulheres consideradas promíscuas, criminosos, pessoas com síndrome de down, hiperativas ou depressivas ou pessoas com ideias e discurso contrário as normas impostas pela sociedade eram internadas em manicômios para serem reabilitadas para o convívio novamente em sociedade.

Em 1927 o neurologista e neuropsiquiatra Manfred J. Sakel descobriu acidentalmente ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, que o método era eficaz para pacientes com transtorno mental, principalmente os esquizofrênicos. O tratamento foi usado em pacientes de várias partes do mundo, sendo abolidos anos mais tarde por ocorrência acentuada de coma insulínico.

Poucos anos depois, em 1934, o médico húngaro Ladislaus Von Meduna começa seus experimentos para transtornos mentais em animais e posteriormente em humanos. Testaram várias drogas, seu objetivo era alcançar convulsões rápidas e violentas, porém, controláveis aplicando injeções intravenosas de Metrazol. Com seu experimento Meduna conseguia alcançar notável melhora em aproximadamente 50% dos pacientes e até mesmo algumas curas milagrosas. O tratamento com Metrazol foi a partir dos anos 40 sendo abolido pela comunidade psiquiátrica por ser considerado tratamento extremamente agressivo, em 42% dos casos os espasmos convulsivos eram tão fortes que os pacientes sofriam de fraturas espinhais.

Em 1937 o neurologista italiano Ugo Cerletti, ao observar porcos anestesiados com eletrochoques antes de serem abatidos, iniciou seus estudos seguindo a mesma lógica de Sakel e Meduna, mas desta vez, usando eletricidade.

Um dos benefícios inesperados do eletrochoque transcraniano foi que ele provocava amnésia retrógrada, ou seja, uma perda de todas as memórias de eventos imediatamente anteriores ao choque, incluindo a sua percepção. Assim, os pacientes não tinham sentimentos negativos relacionados à terapia, como acontecia com o choque por Metrazol. Além disso, o eletrochoque era mais seguro e mais bem controlado, e menos perigoso para o paciente do que o Metrazol. (SABBATINI, 2015, s/p, *web*).

Foi e continua sendo inegável a eficácia do tratamento da eletro-convulsoterapia em pacientes com transtornos mentais graves e eminentes risco de suicídio, porém, na década de 1970 movimentos dos direitos humanos de várias partes do mundo denunciaram práticas de uso da terapia para intimidar, subjugar e controlar pacientes, sendo ministradas várias vezes ao dia sem nenhum tipo de sedativo ou imobilização muscular adequada. O uso indiscriminado da terapia causava danos irreversíveis aos pacientes, que após várias sessões perdiam sua capacidade de discernimento, escolha, etc. A eletro-convulsoterapia ainda hoje é utilizada, de forma mais branda e menos perigosa, no tratamento da esquizofrenia e de outros transtornos mentais graves, geralmente ministrada em sessões com três vezes por semana com duração de uma hora por sessão, pelo período de aproximadamente dois meses, dependendo do grau da doença, recomendada principalmente para pacientes com risco iminente de suicídio.

É na cultura árabe que temos o primeiro registro de retirada de pessoas com doenças mentais do convívio familiar e social para coloca-las em manicômios. Havia duas correntes de pensamento entre os profissionais da época, uma acreditava no tratamento “moral” dos pacientes, defendiam tratamento afetivo e pedagógico para combater os transtornos mentais. E a outra corrente ideológica era a organicista, que focalizava no tratamento físico, acreditando que tais transtornos decorriam de causas orgânicas. Nos manicômios, independentemente da corrente de pensamento em relação ao tratamento, pacientes eram mantidos em quartos escuros, recebiam banhos de água fria, lobotomia, surras, acorrentados em cadeiras ou macas giratórias até perderem a consciência. Na idade média, passado o surto de lepra, leprosários foram reativados, mas desta vez para abrigar pessoas que possuíam transtornos mentais e pessoas com doenças venéreas.

Dos manicômios e do tratamento oferecido aos esquizofrênicos no passado, só restam relatos e descrições encontradas em textos. Ainda paira no ar certa curiosidade, medo e fantasias sobre as técnicas utilizadas em hospícios no passado, abolidas definitivamente depois de incessantes lutas travadas pelos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Felizmente o que restou do mundo obscuro e dos tratamentos cruéis dos sanatórios foi a inspiração para filmes de terror e o conhecimento empírico de que tais métodos realmente não funcionam.

2.1.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil começa a ser debatida a partir dos anos 1970, mas foi no final dos anos 1980 que ganhou impulso e se consolidou como política de governo, dando assim, um salto histórico no tratamento de doenças mentais e se efetivou como marco central da política de assistência à saúde mental no país. Foi um movimento de cunho político, social e econômico, influenciado pelos profissionais da área e pelas classes dominantes da sociedade, que obtiveram êxito apesar da negativa de alguns profissionais também da área que viam na prática tradicional de tratamento de doenças mentais a forma mais adequada de trato com doença.

De acordo com o Ministério da Saúde a Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. De acordo com Amarante (2000),

no Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica teve como estopins a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). No que concerne ao MTSM, basta lembrar que este movimento denunciou a falta de recursos das unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletindo na atenção dispensada à população, tendo como mote o caráter trabalhista e humanitário. A trajetória do movimento foi marcada pela noção de desinstitucionalização e teve início na segunda metade dos anos 1980, inserindo-se num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. Em termos políticos, a década de 1980 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar.

Como relatam Colvera e Machado (2000), esses anos foram marcados por debates sobre os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios. Várias denúncias sobre maus-tratos e desassistências começaram a surgir na mídia, criando condições favoráveis para a motivação da opinião pública e de certos políticos sobre as questões da atenção à saúde mental. Veja a seguir uma breve retrospectiva de eventos que culminaram na criação do movimento pró-reforma psiquiátrica:

- 1978 – Movimento Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental;
- 1979 – SP – I Congresso Nacional dos Trabalhadores

A Reforma Psiquiátrica propunha uma série de mudanças associadas a maneira como eram tratados doentes mentais no Brasil, defendia a desinstitucionalização, ou seja, a substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial vigente na época. Oferecendo, portanto, tratamento humanizado, terapias alternativas e acompanhamento psicossocial aos pacientes e suas famílias.

De acordo com Abou-yd e Silva (2003), os defensores da luta antimanicomial criticam o desrespeito a todos os direitos, traduzido na precariedade da assistência ofertada, que, via de regra, não oferece as mínimas condições de dignidade humana. Além disso, contesta a violência no trato, o cerceamento da liberdade, o enclausuramento sustentado em nome da irracionalidade perigosa, a invalidação como modo de vida e o silenciamento imposto pelo enfadonho monólogo da razão, repetido à exaustão pela boca dos técnicos. Finalmente, a crítica antimanicomial abrange outros aspectos, intimamente relacionados com os demais, como o abandono e a negligência, a infantilização e a tutela, e o mandato social dado à medicina psiquiátrica e às técnicas ‘psi’ de controle. Luta, também, pela superação de uma realidade hegemônica.

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos como, por exemplo, do Ministério da Saúde, antes não valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6%. (GONÇALVES, 2001, p. 3).

Durante muito tempo, e ainda hoje, houve uma separação do doente mental, que é visto como louco, bizarro e agressivo, ao restante da sociedade. Portanto, a luta pela Reforma Psiquiátrica precisa atingir toda a sociedade na batalha contra o preconceito e a exclusão social.

Para maior reflexão sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, há a necessidade de afastamento de qualquer tipo de preconceito e ideologia sobre o assunto, abrangendo assim, lados a favor e opostos à Reforma, sua totalidade. Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica trouxe consideráveis avanços, mas também retrocessos quanto à forma de tratamento de transtornos mentais, um deles é a devolutiva da responsabilidade para a família e a comunidade de pessoas acometidas por tais transtornos.

O sistema vigente hoje de tratamento em saúde mental não disponibiliza aparato adequado para a demanda exposta de pacientes. As famílias de esquizofrênicos e das demais doenças mentais, que são os realmente interessados e vítimas das situações desesperadoras que ocorrem com quem convive diária e diretamente com as diversas faces da doença, mostram-se contrárias ao novo modelo de atendimento. Tais famílias não dispõem de conhecimento técnico para lidar com situações extremas que podem ocorrer no percurso da doença, por vezes, abandonam seus doentes a própria sorte por não terem condições psicológicas, emocionais e até mesmo financeiras.

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. (GONÇALVES, 2001, p. 4).

O cuidado não só com o paciente, mas também para com as famílias e na comunidade onde o mesmo está inserido é de suma importância, já que é no núcleo familiar e comunitário que esquizofrenia mais se expressa, quebrando laços de afetividade e relações sociais. O acompanhamento psicológico e a orientação de como proceder no cuidado desses pacientes pode ser decisivo em casos de possíveis surtos, na condição de manutenção da fase assintomática e até mesmo na eficácia do tratamento contra a doença. Outro efeito nocivo para quem tem ou convive com a esquizofrenia é a perda da produtividade profissional, a manutenção de um doente

mental sobre cai totalmente para as famílias, salvo quando podem contar com recursos da Previdência Social através de auxílio doença ou do Benefício de Prestação Continuada - BPC através da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS.

Numa sociedade competitiva, sob a égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz, não tem rendas e, além disso, carrega o estigma de ser doente mental, não tem inserção social. Então passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania. (GONÇALVES, 2001, p. 5).

O Programa de desinstitucionalização passa a integrar o componente Estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial, e tem nos Serviços Residenciais Terapêuticos e no Programa de Volta pra Casa seu eixo central.

O objetivo do componente é garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de pontos de atenção substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

A publicação da Portaria GM/MS nº 2.840/2014 tem por objetivo criar condições para a efetiva desinstitucionalização dos moradores de hospitais psiquiátricos. A desinstitucionalização é aqui entendida não apenas como a desospitalização dos moradores, mas como norte ético que sustenta o trabalho e as ações em saúde mental, enfatizando a importância da vida em liberdade, com garantia de direitos e a produção de autonomia e cidadania, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial. Para isso, é preciso articular ações que organizem a vida das pessoas submetidas a longas internações e apoiem a reorganização do processo de trabalho dos profissionais vinculados a essas pessoas. (PORTAL DA SAÚDE, 2015. S/p, web).

Depois da Reforma Psiquiátrica e a implantação do novo modelo de atendimento ao doente mental, com a diminuição dos números de leitos psiquiátricos e a criação dos CAPS II – Centro de Atendimento Psicossocial (saúde mental) em todo o país. Cabe aos profissionais da área criar mecanismos e programas de inserção da família e da comunidade a fim de inserir estas famílias também como peça fundamental no tratamento contra a esquizofrenia, pois é inserido no âmbito familiar e comunitário que este paciente poderá exercer sua cidadania e sentir-se parte de algo maior, fora do âmbito da clínica ou CAPS II.

2.1.3 A Constituição Federal de 1988

A Declaração de Alma Ata de 1978, proclamada pela Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde define o conceito de saúde humana da seguinte forma:

A saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, é um direito fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 trouxe em seu texto a consolidação e o estabelecimento de uma ampla gama de direitos sociais, um deles, estabelece a saúde como direito universal do cidadão e total responsabilidade do Estado o provimento da mesma. Em seu art. 196, revela,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No que se refere às ações e serviços de saúde, que são considerados de *relevância pública*, a Constituição no artigo 197, diz que caberá à lei dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Diz, ainda, que eles integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único. Uma de suas diretrizes é a participação da comunidade (artigo 198, inciso III). (BUSCHEL, 2010. S/p, web).

Anteriormente a Constituição de 1988 somente tinha acesso aos serviços de saúde, pessoas inscritas no Instituto Nacional de Seguro Social – INSS mediante contribuição. A saúde era privilégio de trabalhadores contribuintes que tinham parte de seu salário arrecadados pelo INSS como forma de “seguro” na ocorrência de doenças. Desta forma, grande parte da população era totalmente desassistida em relação a saúde.

O enfoque que a Constituição de 1988 deu a saúde, tratada em capítulo próprio, denota total cuidado e respeito a tal direito que é atrelado ao direito a vida. Ao considerar a saúde como direito primordial do homem, o Estado se vê obrigado a

presta-lo com o máximo de responsabilidade possível, dando prioridade a criação e implementação de política pública social e econômica em saúde, bem como parte da arrecadação de impostos por parte das três esferas de governo destinada a oferecer ao cidadão brasileiro saúde de qualidade.

O dever do Estado em prover saúde considera diversos meios de obtê-la, a partir de tratamento médico-hospitalar, odontológico, fornecimento de medicamentos, exames médicos, próteses, órteses, tratamento psicológico e psiquiátrico, bem como ações de promoção em saúde através da conscientização da população a adquirir hábitos de vida saudáveis.

2.1.4 Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1990, seguindo os princípios da Constituição de 1988, cria-se a Lei 8.080, denominada Sistema Único de Saúde – SUS. A lei do SUS trouxe a democratização, bem como sua universalização, integralidade e gratuidade no acesso aos serviços por parte dos usuários. Além da redução de ocorrência de enfermidades a lei articula-se com as demais políticas públicas a fim de promover a prevenção de agravos através do planejamento com as mesmas.

Diferentemente do que ocorre com serviços e planos de saúde privados, o SUS independe de tempo de carência, contribuição e restrição. Suas diversas formas de atendimento se dão através de atendimento médico-hospitalar, postos de saúde, ambulatórios, farmácias, clínicas terapêuticas, dentre outros.

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004. p. 13).

Considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, o SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos. Os desafios, no entanto, são muitos, cabendo ao Governo e à sociedade civil a atenção para estratégias de solução de problemas diversos, identificados, por exemplo, na gestão do sistema e também no subfinanciamento da saúde (falta de recursos). (PENSE SUS, 2015. S/p, web).

2.1.5 A Política de Saúde Mental

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade.

A atenção em saúde mental é oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), através de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. A Rede de Cuidados em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas foi pactuada em julho de 2011, como parte das discussões de implantação do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, e prevê, a partir da Política Nacional de Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em Hospitais Gerais.

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, preconiza os seguintes direitos da pessoa com transtorno mental:

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

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Segundo portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, dá as seguintes diretrizes e normas no atendimento a pessoa com transtorno mental:

a) Diretrizes:

- Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- Multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- Ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- Definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

b) Normas para o Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1. O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.
2. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.
3. A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:
 - Atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
 - Atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
 - Visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
 - Atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

2) Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- Atendimento em grupo (orientação, sala de espera); – visita domiciliar;
- Atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2.1.6 Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) estão articulados na rede de serviços de saúde, atendendo a crescente demanda daqueles excluídos pela sociedade por conta de transtornos mentais, nos casos do CAPS II, e também pessoas que sofram de algum tipo de vício, que são os pacientes atendidos nos CAPS/ad (álcool e drogas). Os CAPS assumem o papel de promoção da vida social e comunitária e da autonomia de seus usuários como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas. São atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Tem por objetivo principal substituir o modelo hospitalocêntrico, oferecendo atendimento diuturno, centrado no atendimento clínico e psicossocial a pessoas com transtorno mental grave e persistente, de um determinado território.

Conforme o Ministério da Saúde (2004, p.12).

[...] Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando

usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. [...]

Em 1986, na cidade de São Paulo, foi inaugurado o primeiro CAPS no Brasil, dentre tantos outros implantados posteriormente em todas as regiões do país, fruto de um intenso movimento social por parte de trabalhadores da saúde mental, denunciando praticas pouco ortodoxas realizadas em hospitais e instituições psiquiátricas, que por fim, como vimos anteriormente, resultou na Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS devem funcionar durante os cinco dias uteis da semana, seu horário de atendimento varia conforme a necessidade local. Os usuários que permanecem em turno de quatro horas no CAPS recebem uma refeição diária, e os que permanecem em dois turnos, duas refeições diárias.

Quadro 1 – Funcionamento dos CAPS

CAPS I - municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira.
CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.
CAPS III - municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPS I – municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 08:00 as 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.
CAPS I - municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira.
CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.
CAPS III - municípios com população acima de 200.000 habitantes.

Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
CAPS i – municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.
CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 08:00 às 18:00 horas. De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até as 21:00 horas.

Fonte: Ministério da Saúde (2004).

Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS visam:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Ainda pela normativa do Ministério da Saúde, a estrutura dos CAPS deve ser adequada para receber a demanda que a ele compete.

Deverão contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos:

- Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias);
- Salas para atividades grupais;
- Espaço de convivência;
- Oficinas;

cada usuário, o CAPS poderá oferecer segundo as determinações da Portaria GM 336/02:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Dentre as ações que vimos acima, cada CAPS tem a possibilidade de criar terapêuticas diferenciadas a seus pacientes, levando em conta as peculiaridades de cada região ou da comunidade atendida. Essas formas de atendimento extrapolam o atendimento comum, medicamentoso e de consultas, vai além, o que vem sendo chamado de clínica ampliada. Ainda segundo o Ministério da Saúde, algumas dessas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;

- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

Os trabalhos terapêuticos oferecidos dentro do CAPS devem preconizar a inserção social do usuário, com ações que minimizem seu estigma e o provoquem a se tornarem protagonistas de suas histórias. A frequência do usuário no CAPS também é de parcial responsabilidade deste, pois, deve criar ações e realizar o acompanhamento familiar, envolvendo família e usuário em atividades de geração de renda e trabalho, comunitária e organizativas. Outro recurso terapêutico oferecido pelo CAPS é o acolhimento noturno e permanência em finais de semana, minimizando assim a prevalência de internações hospitalares. É utilizado em situações de surtos graves de doenças mentais, o atendimento deverá ser breve, no máximo sete dias e de preferência com pacientes já integrados ao CAPS.

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. (BRASIL, 2004, p. 20).

De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão

verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania.

São atividades comuns nos CAPS:

- Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.

- Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

- Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.

- Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.

- Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.

- Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.

- Atividades de suporte social: projetos de inserção no trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.

- Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.

- Visitas domiciliares: atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa.

- Desintoxicação ambulatorial: conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/ abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Os diferentes tipos de CAPS são:

- 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 Portaria nº 336/gm, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece:

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

- Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

- Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 resolvem:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por

ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

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

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

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

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

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

Os CAPS precisam conhecer e se comunicar com as equipes de saúde básica do município, e com elas, estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados e os principais problemas e necessidades da saúde mental do território. Fornecer supervisão, orientação e apoio matricial, realizar visitas domiciliares juntamente com as equipes de saúde básica, bem como uma permanente capacitação das mesmas para um melhor atendimento ao usuário com transtornos mentais.

Este “apoio matricial” é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS. (BRASIL, 2004 p.25).

Como já vimos anteriormente, a equipe do CAPS é multiprofissional, nela estão inseridos os níveis médio, superior e fundamental. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Quadro 2 – Tipos de Profissionais que Trabalham no CAPS – Equipe Mínima

CAPS I • 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS II • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS III • 2 médicos psiquiatras • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior • 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSi • 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental • 1 enfermeiro • 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico • 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSad • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas

- 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
- 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: elaborado pela autora (2016).

A contribuição da equipe para o tratamento do usuário com transtornos mentais é primordial, ela organiza, desenvolve e mantém o ambiente terapêutico. Bem como a comunidade e sociedade em geral, que é chamada a participar ativamente.

A comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade. A articulação entre CAPS e comunidade é, portanto, fundamental. A comunidade – serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias, voluntários – poderá ser parceira dos CAPS através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço. (BRASIL, 2004. p. 29).

2.1.7 Avaliação

Dentre os processos avaliativos encontra-se especificamente uma modalidade de avaliação voltada para programas, políticas sociais e projetos. Os programas sociais podem ser entendidos como um conjunto de ações necessárias para alcançar um objetivo concreto. A avaliação de programas, de acordo Barreira (2002, p. 13) “é fundamental para aferir o grau de eficiência, efetividade (impacto) e eficácia que os serviços sociais apresentam e em consequência realimentar decisões e ações no campo da política social”.

De acordo com Roche *apud* Câmpelo (2006), impacto consiste na relação de resultados alcançados e efeitos produzidos com a mudança na vida das pessoas. É avaliado ao se analisar até onde os resultados de uma intervenção conduziram a mudanças, seja na vida daqueles que se pretendia beneficiar, seja na vida de outros que não estavam envolvidos no programa.

O processo de avaliação de impacto abre a possibilidade de participação, discussões e críticas sobre o que lhe é oferecido a partir do seu contexto social.

Assim, esta análise torna-se importante instrumento de dimensionamento do processo desenvolvido, da efetividade (impacto) de um programa.

3 A IMPORTÂNCIA DO APOIO FAMILIAR AOS PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA

A família é considerada a instituição mais importante que existe, responsável por prover educação e proteção. No seio familiar é que nos sentimos amados e temos o sentimento de pertencimento, tão importante ao ser humano. É no ambiente familiar que encontramos apoio necessário para resolução de conflitos e problemas, lugar harmonioso onde temos a possibilidade e o direito de sermos quem realmente somos. Dentro desta perspectiva, cada vez mais se têm voltado o olhar da saúde mental para com esta instituição, a família.

A esquizofrenia, como doença que deixa marcas dolorosas tanto no acometido por ela quanto em seus familiares, muitas vezes, destrói laços de afetividade e torna, em alguns casos, a convivência impossível. Os impactos destas características são o abandono familiar em relação ao esquizofrênico ou a negligência perante a doença. Considerada um fardo ou sobrecarga, a esquizofrenia torna-se empecilho nas tarefas mais corriqueiras do dia a dia, como por exemplo: tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar o banheiro, dar medicamentos, integração social dificultada, etc. Cabendo a família tomar rédea de todas estas situações diárias.

Entretanto, o apoio e compreensão familiar são extremamente relevantes ao esquizofrênico. Trazer a família fazendo-a tornar-se parte do tratamento tem sido de suma importância na área da saúde mental. Como preconiza o Ministério da Saúde (2004):

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004. p. 28).

É no âmbito familiar e comunitário que os transtornos mentais mais se expressão e trazem mais consequências, somente a família consegue dimensionar a verdadeira eficácia, ou falha, no tratamento contra as expressões da doença. Por isso hoje é tão difundida a participação, sugestão e avaliação familiar junto aos CAPS II.

A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico. Os familiares também têm criado associações, com outros familiares e/ou usuários, que podem ser um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos. (BRASIL, 2004. p. 28).

Não é somente o esquizofrênico afetado pela doença, a família, com os constantes surtos e conflitos tendo sido agravados em decorrência dela, torna-se subjetivamente doente. O apoio por parte dos profissionais em saúde mental deve voltar-se também aos familiares, dando-lhes apoio e orientação integral. Assim sendo, a convivência torna-se mais fácil e o tratamento ao esquizofrênico mais eficaz.

[...] pode-se constatar que mesmo pacientes que seriam considerados psiquiatricamente bastante comprometidos pela ciência acadêmica vigente podem viver num clima de liberdade, autonomia e consideração mútua, dependendo apenas de que se lhes respeite a condição de seres humanos. [...] são pessoas que vivem experiências difíceis, doloridas, dilacerantes, experiências que, na maior parte das vezes, não encontram uma alocação possível na esfera gregária do sujeito e que resistem às formas de comunicação pelos códigos partilhados. Mas que, nem por isso, são menos humanas, menos passíveis de reconhecimento e de solidariedade. (NAFFAH NETO, 2015 p. 5, *web*).

4 CARACTERIZAÇÃO DO CAPS II DE CAÇADOR SC

4.1 ESTRUTURA

O CAPS II – “Viver a Vida”, de Caçador/SC localiza-se na Rua: Herculano Coelho de Souza, nº 1157, Bairro Reunidas. CEP: 89.500-000, telefone: (49) 3563 3955. Seu horário de funcionamento é das 08:00 às 12:00 e das 13:00 as 17:00 horas.

Conta com a seguinte estrutura física:

- 1 Sala de convivência – oficina terapêutica (teatro, violão, pintura, dança);
- 1 Sala de acolhimento;
- 1 Sala de enfermagem;
- 1 Sala de grupo (acolhida diária);
- 1 Sala externa (oficina de marcenaria);
- 2 Banheiros para os usuários;
- 1 Sala externa (academia);
- 1 Sala - oficina terapêutica (artesanato);
- 1 Área externa de recreação (mesa de sinuca,
- 1 Sala da coordenação;
- 1 Sala da psicóloga;
- 1 Sala da assistente social;
- 1 Sala de digitação;
- 1 Sala de recepção;
- 1 Sala de espera;
- 6 Banheiros para os funcionários.

Além desta ampla estrutura, o local conta ainda com amplo espaço com gramado e outro, atrás, arborizado. O CAPS II de Caçador/SC, conta com uma equipe interdisciplinar, em três níveis de escolaridade:

- 1- Coordenadora;
- 1- Assistente social;
- 1- Psicóloga;
- 1- Professor de educação física;
- 1- Enfermeira;
- 2- Médicos psiquiatras;

- 1- Terapeuta ocupacional;
- 1- Auxiliar administrativo;
- 3- Professores monitores (Grupo de teatro Vento Negro);
- 1- Voluntario;
- 1- Auxiliar de limpeza.

4.2 METODOLOGIA DE TRABALHO

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.
- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente

da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

- Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.
- Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
- Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.
- Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
- Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.
- Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.
- Atividades de suporte social: projetos de inserção no trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.
- Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.
- Visitas domiciliares: atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa.

5 METODOLOGIA

Como afirma Minayo (2000, p. 16), “entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas (...) distinguindo a forma exterior com que muitas vezes é abordado tal tema (como técnicas e instrumentos) do sentido generoso de pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência.

5.1 TIPO DE PESQUISA

O processo investigativo dar-se-á com os seguintes procedimentos:

Pesquisa bibliográfica: elaboração a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e atualmente com material disponibilizado na Internet.

Pesquisa: descrição e análise da pesquisa de campo aplicada

Os procedimentos metodológicos não se dividem em etapas isoladas, mas representa a organização, a forma/ planejamento do que será pesquisado. Podemos explicitar a unidade possível em processos, que se darão na forma de aproximações:

- Revisão bibliográfica e construção das primeiras categorias teóricas que respaldarão as análises;
- Contato com os sujeitos da pesquisa explicando a pesquisa, e solicitando responder o questionário (Anexo 1) e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2);
- Revisão de categorias analíticas que orientam a pesquisa;
- Seleção, análise e interpretação dos dados;
- Elaboração de sínteses.

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa exploratória/descritiva. A pesquisa exploratória abre a possibilidade de maior integração entre o pesquisador e o tema de sua pesquisa, por ser específica, assume forma como um estudo de caso. E o aspecto descritivo, tem por objetivo descrever uma dada população, realidade, fenômeno ou experiência.

5.2 UNIVERSO

Famílias de usuários esquizofrênicos atendidos pelo CAPS II de Caçador/SC. Como sugere Minayo (2001, p. 54), além do recorte espacial, em se tratando de pesquisa social, o lugar primordial é o ocupado pelas pessoas e grupos convivendo numa dinâmica de interação social. Essas pessoas e esses grupos são sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma construção teórica para transformá-los em objetos de estudo. Partindo da construção teórica do objeto de estudo, o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos.

5.3 AMOSTRAGEM

Sete indivíduos representando a família, os quais tem em seu núcleo familiar usuário atendido pela saúde mental – CAPS II de Caçador/SC, que irão manifestar seus pontos de vista sobre o atendimento oferecido às famílias de esquizofrênicos do CAPS II, através do questionário aplicado no mês de novembro de 2015.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista utilizando um questionário estruturado, com dez perguntas descritivas, que será entregue e respondido por cerca de sete famílias de usuários esquizofrênicos do CAPS II de Caçador/SC. Segundo Chizzotti (2001, p. 55), “o questionário consiste em um conjunto de questões pré-elaboradas, sistemática e sequencialmente dispostas em itens que constituem o tema da pesquisa, com o objetivo de suscitar dos informantes respostas por escrito ou verbalmente sobre assunto que os informantes saibam opinar ou informar. É uma interlocução planejada”.

5.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão analisados através de análise das respostas do questionário fornecidas na entrevista.

Todos os participantes da pesquisa serão consultados sobre sua disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo de suas informações individuais. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes responderão ao questionário.

6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

6.1 AS ENTREVISTAS

Após a preparação dos trâmites legais da pesquisa: aprovação do projeto no Comitê de Ética, registro na Plataforma Brasil e permissão do CAPS para entrevistar as famílias, demos sequência ao processo.

As entrevistas tiveram a finalidade de obter os dados sendo conduzidas de acordo com o roteiro pré- estabelecido (Anexo A) foi explicada a pesquisa: que o conteúdo das respostas ou a não participação não implicaria em interrompimento ou deficiência no tratamento oferecido pelo CAPS II de Caçador-SC, que a confidencialidade estaria preservada e após isso foi solicitado o consentimento de cada entrevistado. Os sujeitos entrevistados não apresentaram resistência. As entrevistas foram realizadas com as pessoas representantes da família, que estavam presentes no dia da entrevista.

Para preservar a identidade dos entrevistados utilizamos a denominação de números, Família 1, 2 e assim sucessivamente.

A duração média das entrevistas foi de uma hora.

Para a ordenação dos dados foi aplicada a tabulação estatística e nas perguntas analíticas foram construídas as categorias de análise:

- Histórico do paciente;
- O tratamento oferecido pelo CAPS;
- A relação: Tratamento- Família- Impacto

6.2 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Quadro 3 – Perfil dos entrevistados

Família	Gênero	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Grau de Parentesco com o Usuário
F1	Feminino	84 anos	Ensino Médio	Divorciada	Avó
F2	Masculino	49 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Casado	Irmão
F3	Feminino	64 anos	Analfabeta	Casada	Mãe

F4	Feminino	24 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	Irmã
F5	Feminino	37 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Casada	Tia
F6	Feminino	42 anos	Ensino Fundamental Incompleto	Separada	Mãe
F7	Feminino	55 anos	Ensino Médio Incompleto	Casada	Mãe

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Conforme apresentado acima o perfil social dos entrevistados, possibilita vislumbrar aspectos gerais dos mesmos. Quanto ao gênero de cada pessoa entrevistada, pudemos verificar que a grande maioria de cuidadores é do sexo feminino, como vemos em Rosa (2003, p. 285),

a mulher é, então, pressionada socialmente a tomar para si o encargo que com frequência assume como desejo, embora tenha relativa autonomia para renunciar a ele, o que raramente ocorre, posto que a expectativa da maternidade seja ainda traduzida como sendo o cerne da identidade feminina.

Os pais, irmãos ou maridos frequentemente se eximem total ou parcialmente da responsabilidade no cuidado dos doentes, formam novas famílias em que tais dificuldades são inexistentes, ou fecham-se em suas vidas profissionais, como forma de fuga.

Já com relação à idade e estado civil dos entrevistados, o universo de nossa pesquisa foi muito diverso e também devemos levar em consideração o fato de que a pessoa entrevistada era quem se encontrava no local e não necessariamente o cuidador responsável, mas ainda assim, que fazia parte do grupo familiar, estava inserida no tema que a pesquisa propunha levantar e se dispôs a responder o questionário.

Ao levantar o nível de escolaridade de cada entrevistado, constatamos que predominou um nível de instrução muito baixo, apenas uma pessoa possuía o ensino médio completo. O restante tem apenas o ensino fundamental incompleto ou é analfabeto. Talvez sejam resquícios do sistema educacional inserido no município antigamente, onde boa parte das famílias viviam no interior da cidade onde as escolas

ofereciam somente até a quarta série e, assim sendo, pelas dificuldades de logística, transporte ou condições financeiras, acabavam por abandonar totalmente os estudos.

Em relação ao grau de parentesco do entrevistado com o usuário esquizofrênico, ressaltamos que os entrevistados não são necessariamente os cuidadores, mas sim, pessoas que fazem parte da composição familiar e, logo, estão inteiradas de toda a situação envolvendo o usuário, sua família e a esquizofrenia. As mães foram a grande maioria, pelo fato de permanecerem e se dedicarem mais tempo ao âmbito do lar, possibilitando assim a realização de nossa pesquisa com as mesmas.

6.3 PERFIL FAMILIAR

Quadro 4 – Perfil familiar

Família	Número de Filhos do Cuidador	Renda Familiar	Idade do Usuário	Gênero do Usuário
F1	5	R\$ 3.150,00	23 anos	Masculino
F2	2	R\$ 1.576,00	51 anos	Feminino
F3	4	R\$ 2.364,00	36 anos	Masculino
F4	3	R\$ 1.576,00	21 anos	Masculino
F5	3	R\$ 2.578,00	27 anos	Masculino
F6	5	R\$ 1.856,00	23 anos	Masculino
F7	2	R\$ 2.676,00	32 anos	Masculino

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O perfil familiar é outra ferramenta que nos possibilita entender a dinâmica de cada família entrevistada, aqui, analisando o número de filhos e a renda familiar, por exemplo, podemos verificar a situação econômica da família, se esta possibilita suprir todas as suas necessidades ou não. O aspecto econômico e do número de filhos também teve muitas variações de uma família para outra. A maior renda encontrada foi de quatro salários mínimos, justamente onde o grau de instrução também foi maior. O restante das famílias vive com renda quase insuficiente ou suficiente apenas para o básico da sobrevivência, já que do valor total de cada renda subtrai-se parte para alimentação, aluguel, luz, água, roupas e os medicamentos. Parte desta renda advém do benefício que cada usuário recebe, seja por auxílio doença ou benefício de prestação continuada.

Quanto à idade e sexo de cada usuário, constatamos que prevalece o sexo masculino, tendo somente uma mulher no universo da pesquisa, e de faixa etária considerada jovem. Confirmando a teoria apresentada acima de que a doença atinge mais homens e que sua fase aguda acontece predominantemente na adolescência ou início da fase adulta. Com o passar dos anos, a esquizofrenia tende a estagnar, os surtos ficam mais raros e a necessidade medicamentosa mais leve.

Nos homens, o início é mais precoce do que nas mulheres, geralmente entre os 15 e 25 anos de idade, enquanto as mulheres adoecem mais tardiamente, entre os 25 e 35 anos. Não se sabe ao certo o motivo, mas há a implicação de fatores hormonais e da diferença do desenvolvimento cerebral relacionado ao sexo. Entretanto, existem homens que adoecem após a terceira década de vida e mulheres que desencadeiam a doença já na adolescência. (ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA, 2016, *web*).

6.4 HISTÓRICO DOS PACIENTES EM RELAÇÃO À DOENÇA

Quadro 5 – Como constatou que seu filho, filha, irmão, irmã, cônjuge tinha algum problema?

Família 1	A família percebeu que o usuário começou a se isolar do restante da família, não queria mais sair de casa e teve crises psicóticas.
Família 2	Usuária começou a ter crises de pânico, alucinações e visões.
Família 3	Usuário se tornou dependente de drogas quando serviu o exército em outra cidade, o que desencadeou a doença e consequentemente os surtos.
Família 4	Usuário começou a brigar frequentemente na escola.
Família 5	Usuário começou a ficar agressivo, com fala incoerente.
Família 6	Usuário não queria mais conversar com amigos e familiares, tinha alucinações e dizia ver espíritos.
Família 7	Usuário não quis mais trabalhar e ficou bastante agressivo.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Como se espera, os sintomas da esquizofrenia são parecidos, todas as famílias verbalizaram que tiveram experiências praticamente iguais, alucinações, agressividade, retração social e fala incoerente fizeram parte desta primeira fase da doença, conhecida como “esquizofrenia latente”.

Como Dalgarrondo verifica,

ainda como sintoma de primeira ordem, o paciente experimenta a vivência de influência no plano corporal, em que o sujeito sente que uma força ou um ser externo age sobre seu corpo, seus órgãos, emitindo raios, influenciando as funções corporais, etc". (DALGARRONDO, 2008, p. 328).

Esta fase inicial dos sintomas é muito difícil para a família, por ser coisa inédita, não sabem como lidar com a situação e nem a quem recorrer, procurando primeiramente, muitas vezes, a ajuda de igrejas.

A ocorrência de esquizofrenia em grupos etários tão baixos dificulta o seu diagnóstico, porque muitos dos sintomas correspondem a alterações de comportamento típicas dos jovens (menor rendimento escolar, mudança de amigos, alterações do sono, irritabilidade). Mas alguns factores, quando combinados, permitem prever até 80% dos jovens que estão em risco de desenvolver esquizofrenia: isolamento, afastamento dos outros, aumento no número de pensamentos e suspeições, história familiar de psicose. (SAÚDE CUF, 2016, web).

Quadro 6 – Que problemas para a Família causava?

Família 1	Ficava agressivo, nas situações de surto quebrava moveis da casa.
Família 2	Ficava agressiva, não dormia a noite e brigava com os vizinhos.
Família 3	Ficava agressivo, nas situações de surto quebrava moveis da casa e queimava suas próprias roupas.
Família 4	Brigas constantes.
Família 5	Família sentia medo das constantes agressões verbais do usuário.
Família 6	Família não sabia o que fazer perante a situação.
Família 7	Brigas entre a família.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Esta nova situação familiar, a da esquizofrenia, traz relevantes alterações afetivas no seio familiar, o indivíduo esquizofrênico por vezes sente que está sendo perseguido seja por personagens de sua imaginação ou pelas pessoas a sua volta.

As consequências disto são, como vimos através dos relatos, as brigas constantes, a agressividade, a violência, o rompimento de laços na família, o medo. Experiência que foi, e em alguns casos ainda é enfrentada por todas as famílias estudadas.

Quadro 7 – A quem recorreu inicialmente?

Família 1	Ao psicólogo.
Família 2	A Clínica da Mulher em Curitiba-PR, onde a usuária trabalhava.
Família 3	Ao médico psiquiatra.
Família 4	À escola onde o usuário estudava.
Família 5	Ao psiquiatra.
Família 6	A Unidade Básica de Saúde do bairro em que moravam.
Família 7	Ao médico psiquiatra.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Segundo as informações colhidas, verificamos que na maioria dos casos a família recorreu inicialmente aos profissionais e instituições de saúde. Tendo somente o registro de uma das famílias, que inicialmente procurou ajuda na instituição onde o usuário estudava, justamente pelo fato de que foi nesta mesma escola que os sintomas foram sentidos em um primeiro momento e a mesma alertou a família de que algo estava errado com o aluno que apresentava comportamento diferente em âmbito escolar.

Quadro 8 – Como foram encaminhados para o CAPS?

Família 1	Procuraram o CAPS espontaneamente.
Família 2	A usuária teve um surto da doença e atacou policial, estando presa durante oito meses e depois foi encaminhada ao Instituto de Psiquiatria em Florianópolis-SC. Quando teve alta já veio com encaminhamento para o CAPS II de Caçador/ SC.
Família 3	Médico psiquiatra o encaminhou.
Família 4	A escola onde o usuário estudava o encaminhou.
Família 5	Médico psiquiatra encaminhou.
Família 6	Pela Unidade Básica de Saúde.
Família 7	Pelo médico psiquiatra.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Assim como no quadro acima, em que a maioria das famílias recorreram a profissionais de saúde, também aqui estes são a maioria. Consta que, após avaliação destes profissionais e chegada a suspeitas ou confirmação no diagnóstico de esquizofrenia, encaminharam os pacientes relacionados ao CAPS II de Caçador-SC. Apenas uma das famílias procurou o CAPS II espontaneamente por já ter conhecimento do trabalho oferecido pela instituição.

Quadro 9 – O tratamento oferecido pelo CAPS II do município de Caçador/SC junto ao próprio esquizofrênico diminuiu a ocorrência de surtos da doença?

Família 1	Sim
Família 2	Não
Família 3	Não
Família 4	Sim
Família 5	Sim
Família 6	Não
Família 7	Sim

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Pelas respostas verifica-se que há uma predominância de casos em que a vivência no CAPS diminuiu a ocorrência de surtos, que a resposta de cada família depende muito da situação de cada usuário, seu grau de esquizofrenia, o tempo em que convive com a doença, seu histórico, medicação e condições de vida definem a eficácia do tratamento. Como constatado, o CAPS II atua como uma das pontas apenas. Torna-se necessário analisar a vida do usuário como um todo, em todos os aspectos, para possibilitar a opinião mais acertada sobre esta questão.

Quadro 10 – Qual foi o tempo de tratamento no CAPS II?

Família 1	1 ano
Família 2	Não soube responder
Família 3	16 anos
Família 4	5 anos
Família 5	4 anos
Família 6	2 anos
Família 7	7 anos

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Pode-se constatar pela literatura apresentada no início deste trabalho que a esquizofrenia é uma doença que perdura por longos anos e até pela vida toda.

Devido a variável de idade dos usuários esquizofrênicos que compõe esta pesquisa, torna-se também variável o tempo de tratamento de cada um, a precocidade da procura por tal tratamento e a adesão ao mesmo.

Adesão é o termo que se usa para definir essa regularidade do tratamento. Problemas de adesão são muito comuns na esquizofrenia e envolvem diferentes motivos. Um paciente pode não aderir ao tratamento porque não se acha doente, porque a medicação causa um efeito colateral intolerável para ele ou simplesmente porque a

medicação não é eficaz o suficiente para o alívio dos sintomas, não fazendo sentido para o paciente o compromisso de tomar um medicamento diariamente. Além disso, o paciente também pode aderir ao tratamento no início e depois interromper, por achar que está curado e que não precisa mais do medicamento. (GALLO; TELLES, 2016, p. 04).

Quadro 11 – Qual o tratamento oferecido ao paciente, pelo CAPS II?

Família 1	Neozine, Aldol, Diazepan e Clozapina.
Família 2	Piportil.
Família 3	Carbonato de lítio, Olazapina, Diazepan, Topiramato e Clorpromaz.
Família 4	Diazepan, Neozine e Respidona.
Família 5	Diazepan, Respidona e Prozak.
Família 6	Diazepan e Clozapina.
Família 7	Aldol, Neozine e Diazepan.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O tratamento medicamentoso se baseia basicamente nas mesmas fórmulas existentes no mercado, variando de paciente para paciente, conforme o grau de severidade da doença em cada um e a eficácia do mesmo em cada usuário.

A medicação é o alicerce principal do tratamento da esquizofrenia. Ela tanto controla a crise como ajuda a prevenir recaídas. A medicação prescrita atua nos sintomas, por isso os medicamentos mais importantes para o tratamento da esquizofrenia são os antipsicóticos (antes chamados de neurolépticos). (ABRE, 2016, *web*).

Quadro 12 – Há atividades de grupo com as famílias?

Família 1	Não soube responder.
Família 2	Usuária recebe tratamento itinerante e seu cuidador frequenta as reuniões quando lhe é solicitado.
Família 3	Não soube responder.
Família 4	Não soube responder.
Família 5	Não, reuniões esporádicas.
Família 6	Não frequenta as reuniões por falta de tempo.
Família 7	Não frequenta.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O CAPS II de Caçador-SC não realiza grupo com as famílias de seus usuários esquizofrênicos, este fato dá-se devido à falta de adesão da maioria das famílias. Em sua grande parte, esta falta de adesão ocorre devido à falta de tempo dos cuidadores. Portanto, a instituição conta com reuniões trimestrais com as famílias, onde são debatidos vários aspectos, como por exemplo: as formas de tratamento oferecidas

pela equipe multidisciplinar, as demandas enfrentadas, os desafios, obstáculos e vitórias da família e da própria equipe do CAPS e orientações em geral.

Quadro 13 – Quantos dias por semana o usuário frequenta o CAPSII?

Família 1	1 dia por semana.
Família 2	De 15 em 15 dias.
Família 3	3 dias por semana.
Família 4	3 dias na semana.
Família 5	3 dias por semana.
Família 6	2 dias por semana.
Família 7	1 dias por semana.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

A frequência de cada usuário no ambiente CAPS II varia de acordo com as características de cada um, o grau de comprometimento que a doença causa, disponibilidade e adesão. Apenas um usuário não frequenta o espaço físico da instituição por realmente não ter condições de fazê-lo, entretanto, recebe tratamento itinerante de 15 em 15 dias em sua própria casa, onde é ministrada sua medicação, feita avaliação de seu estado clínico e a família orientada.

Um dos sintomas da esquizofrenia, em alguns pacientes, é a retração social e afetiva, o que dificulta a frequência destes usuários nas atividades.

Quadro 14 – Que outras atividades?

Família 1	Não soube responder
Família 2	Não soube responder
Família 3	Não soube responder
Família 4	Não soube responder
Família 5	Oficinas.
Família 6	Atendimento com a equipe multidisciplinar.
Família 7	Teatro, palestras, etc.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Durante a realização deste estudo, foram realizadas visitas institucionais no CAPS II de Caçador-SC, lá, pudemos conhecer um pouco mais do trabalho ofertado pela equipe multidisciplinar. Existem oficinas de artesanato, marcenaria, artesanato, teatro, etc. Além de palestras educativas, filmes, sala com aparelhos para atividade física, sinuca e pebolim. Porém, as famílias entrevistadas não souberam responder a este questionamento ou tinham pouco conhecimento.

6.5 RELAÇÃO FAMÍLIA – TRATAMENTO – IMPACTO

Quadro 15 – Que trabalho é feito com a família?

Família 1	Orientação
Família 2	Orientação
Família 3	Orientações e reuniões
Família 4	Não soube responder
Família 5	Orientação
Família 6	Orientação
Família 7	Orientação

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O trabalho com as famílias é essencialmente de orientação. Reuniões também são convocadas trimestralmente para tratar caso a caso e para que as famílias possam ser ouvidas pela equipe. A inexistência de outros trabalhos desenvolvidos com a família dá-se a falta de adesão das mesmas no ambiente CAPS II (SIC).

Quadro 16 – Como é realizado?

Família 1	Quando é solicitado.
Família 2	Quando é solicitado.
Família 3	Quando é solicitado.
Família 4	Não soube responder.
Família 5	Não soube responder.
Família 6	Não soube responder.
Família 7	Quando é solicitado ou quando há algo de errado com o usuário.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Este trabalho de orientação é realizado logo no início quando a família chega ao CAPS II e, ao longo do tratamento sempre que se fizer necessário. Verificamos que a maioria das famílias tem consciência de que podem recorrer à equipe CAPS II sempre que sentirem a necessidade de tais orientações. Sentir-se acolhido e ter a sensação de confiança na equipe da instituição, possibilita que a família procure mais o trabalho e se sinta a vontade para relatar situações cotidianas que acontecem por conta da doença.

Quadro 17 – Que melhoras foram sentidas no paciente frequentando o CAPS II?

Família 1	Ficou mais calmo.
Família 2	Não houve melhoras.
Família 3	Não houve melhoras.
Família 4	Ficou mais calmo.
Família 5	Está menos agressivo.
Família 6	Está menos agressivo.
Família 7	Está mais calmo.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

Como verificamos acima, as melhoras sentidas pelas famílias dos usuários foram semelhantes, com a medicação ministrada, o acompanhamento psicológico e a integração social que o CAPS II possibilita ao usuário, são de grande impacto. A agressividade diminuiu, ficaram mais passivos e até menos revoltados, pelo fato de que neste ambiente, convivem com seus iguais, pessoas que estão tendo as mesmas experiências. Isso lhes dá a sensação de que não estão sozinhos.

Duas famílias não sentiram melhoras em seus familiares, portanto, torna-se necessário aqui, novamente, ressaltar que cada caso deve ser analisado individualmente e vários fatores influenciam nos resultados do tratamento. Portanto, não nos cabe aqui, responsabilizar inicialmente qualquer pessoa ou instituição que seja pelo quadro clínico do paciente, mas sim, realizar investigação sobre os fatos pelos quais estes pacientes não tiveram a melhora esperada.

A previsão da OMS de aumento de 3% nos transtornos mentais e comportamentais que causam incapacidade grave nos portadores para 2020 está ancorada em fatores de predisposição que compreendem a precariedade econômica, a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, graves doenças físicas e o ambiente familiar e social das populações. (OMS, 2001).

Quadro 18 – O que melhorou na família?

Família 1	A convivência e o fato de que agora, sabem como lidar em situações de surtos da doença.
Família 2	Não houve melhora.
Família 3	Não houve melhora.
Família 4	A convivência.
Família 5	Atualmente família e usuário conseguem manter diálogo.
Família 6	A convivência.
Família 7	A convivência, a família já não briga mais.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

O CAPS II, para os usuários e suas famílias, representa um espaço de descontração, de aceitação, de integração, inclusão e de uma oportunidade de melhoria de vida. Como analisamos no quadro anterior, estes fatores influenciam na eficiência e eficácia do tratamento e, logo, na convivência familiar.

Quadro 19 – Na sua opinião, a vinculação do paciente e da família no CAPS II trouxe quais melhorias na convivência familiar? Os laços de afetividade foram fortalecidos?

Família 1	Sim, a convivência ficou mais fácil.
Família 2	Não sentiram nenhuma melhora.
Família 3	Não sentiram nenhuma melhora.
Família 4	Sim, a convivência ficou mais fácil.
Família 5	Familiar afirma que agora consegue manter diálogo com o usuário.
Família 6	Sim, pelo fato de o usuário ter ficado mais calmo, as discussões diminuíram.
Família 7	Sim, devido aos surtos terem diminuído devido ao uso de medicamentos, a família já não briga e conseguem dialogar com o usuário.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

A partir da perspectiva de melhoras que a maioria das famílias sentiu, isso fortaleceu sim, de acordo com os relatos, os laços afetivos. A relação de cumplicidade, solidariedade e ajuda familiar recebeu novo impulso. “A doença, como crise, supõe uma ruptura do equilíbrio anterior da família, que a desestabiliza perturbando os respectivos membros. Esta situação constitui uma das dificuldades que o doente esquizofrênico sente”. (JOURNAL OF AGING AND INNOVATION, 2013, *web*).

Quadro 20 – Algum comentário que deseje expressar

Família 1	Sem comentários.
Família 2	Sem comentários.
Família 3	Sem comentários.
Família 4	Sem comentários.
Família 5	Sem comentários.
Família 6	Sem comentários.
Família 7	Sem comentários.

Fonte: elaborado pela autora (2016).

As famílias entrevistadas se limitaram a responder às perguntas feitas através do questionário e alguns relatos de acontecimentos da vida cotidiana, decorrentes da esquizofrenia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve início a partir de minha experiência pessoal, na convivência com um de meus familiares diagnosticado com esquizofrenia, mas, sobretudo, como profissional de Serviço Social. O trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial sempre me chamou atenção, por ter como foco principal um público historicamente excluído dos diversos segmentos da sociedade.

A revisão da bibliografia existente sobre esquizofrenia nos possibilitou entender como a doença surge, quais seus sintomas e aspectos e a evolução do tratamento até os dias de hoje. Como vimos no presente trabalho, após a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos CAPS, a família foi gradativamente sendo inserida e tendo maior responsabilidade no cuidado dos usuários com transtornos mentais. Mas, tendo em vista esta nova perspectiva de empoderamento de tais famílias e tendo consciência das inúmeras dificuldades que a esquizofrenia traz ao âmbito familiar, surgem questionamentos acerca de como estas pessoas (cuidadores), são orientadas para lidar com a situação e até mesmo se recebem apoio psicológico para enfrentarem as consequências da doença, esta foi a proposta essencial de nosso estudo.

Como se sabe a esquizofrenia é uma patologia grave ocasionando sérios problemas para o indivíduo portador e deste no tangente à sociabilidade. Para os familiares há um forte impacto uma vez que a grande maioria destes tem de aprender sobre a doença e como lidar com ela.

Souza *et al.* (2003), Moreira *et al.* (2002), *apud* Moll (2008), autores que desenvolveram pesquisas sobre a temática apontam que os pacientes esquizofrênicos mesmo sendo medicamentados apresentavam alto comprometimento de relacionamento social.

Também de acordo com Maj e Sartorius (2005), *apud* Moll (2008), indicam que a reabilitação de pacientes (programas destinados a melhoria da qualidade de vida) é uma terapêutica redutora de incapacidades, como as atividades desenvolvidas pelos CAPSad, por exemplo.

Houve breve contextualização do universo de nossa pesquisa, o CAPS II de Caçador-SC, sua estrutura física, equipe multidisciplinar e o trabalho desenvolvido. Foram escolhidas sete famílias de usuários diagnosticados esquizofrênicos para a realização da pesquisa. Deparei-me com famílias de pacientes em pleno tratamento terapêutico, uns frequentando o CAPS há vários anos, e outros em fase inicial. A partir

dos resultados da pesquisa, foi possível identificar as dificuldades sofridas em decorrência da doença e quais impactos o tratamento teve na vida destas famílias, já que a grande maioria dos pacientes permanece com suas famílias depois de adoecer. Ouvimos relatos de pessoas que ainda encontram bastante dificuldade em tratar com seus familiares esquizofrênicos, com sensibilidade notam-se traços de esgotamento físico e mental. Cabe aqui salientar que muitos dos cuidadores, após seu familiar adoecer, abandonam suas vidas profissionais, diversões, hobbies, etc., para se dedicarem quase que exclusivamente a seu ente querido.

Diante desta realidade, cabe-nos refletir e criar estratégias criativas para trazer cada vez mais estas famílias para o âmbito do CAPS II, questionando-as sobre o que realmente possa se mostrar interessante no tratamento dos usuários e deles próprios. Formar parcerias com a equipe multidisciplinar em saúde mental e as demais instituições públicas no auxílio a estas famílias nas áreas culturais, de lazer, esporte, artesanato, entre outras. Além de investir em oficinas já existentes dos CAPS II, que possam ser atrativas e proporcionar momentos lúdicos e de descontração para as famílias também.

Ao analisarmos os resultados obtidos após o tratamento oferecido pelo CAPS II de Caçador-SC, os dados obtidos indicam que a maioria dos sintomas vindos com a doença diminuíram significativamente, como surtos psicóticos, crises e o número de internações. Por si só, isto já é fundamental para as famílias que sofrem com tal situação, a melhora na convivência familiar traz alívio para quem cuida.

Em relação ao objetivo principal da pesquisa, que foi investigar o trabalho realizado diretamente com as famílias dos usuários esquizofrênicos e seus impactos, os dados obtidos indicam que, efetivamente, não há atualmente um trabalho próprio para as mesmas. O CAPSII de Caçador/SC presta um trabalho de orientação às famílias e reuniões trimestrais. Segundo a equipe CAPSII, há neste momento, uma resistência das famílias em participar de atividades no âmbito institucional.

A temática dos cuidados com os cuidadores de usuários esquizofrênicos dos CAPS II necessita ser melhor investigada, pois, sem eles não há efetivo avanço no tratamento das doenças mentais, eles são o suporte, a base de qualquer paciente.

REFERÊNCIAS

ABC DA SAÚDE. **Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/esquizofrenia-e-outros-transtornos-psicoticos>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

ABRE. **Quais são os tratamentos com medicamentos?** Disponível em: <<http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/esquizofrenia/perguntas-frequentes/105-quais-sao-os-tratamentos-com-medicamentos>>. Acesso em: 19 mar. 2016.

ABOU-YD; SILVA, R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Ed.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

BARREIRA, Maria Cecília Roxo. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo: Veras, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 06 mai. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 08 jul. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 21 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>. Acesso em 21 jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2015.

BUSCHEL, Inês do Amaral. **O direito à saúde no Brasil após 1988**. (2010). Disponível em: <<https://blogdaines.wordpress.com/2010/08/10/o-direito-a-saude-no-brasil-apos-1988/>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

CAMPELO, Amanda Farias Arruda. Avaliação de programas sociais em ONGs: discutindo aspectos conceituais e levantando algumas orientações metodológicas sobre avaliação de impacto. **Interfaces de Saberes**, v. 6, n. 1, 2006.

COLVERA, L.; MACHADO, A. Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio**. São Paulo: Lemos, 2000.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Declaração de Alma-Ata, 1978.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ENTENDENDO A ESQUIZOFRENIA. **Quem adoece?** Disponível em: <http://entendendoesquizofrenia.com.br/website/?page_id=183>. Acesso em: 05 abr. 2016.

GALLO, Ana Raquel da Silva; TELLES, Mérlin Silva. **Entendendo a esquizofrenia**. Disponível em: <<http://www.uff.br/psienf/esquizofrenia.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

GATAZZ, Wagner. **Esquizofrenia**. (2012). Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia/>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

JOURNAL OF AGING AND INNOVATION. **Doente esquizofrênico no seio familiar**. (2013). Disponível em: <<http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-3-2012/doente-esquizofrenico/>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

OBVIOUS. **O museu da loucura**. Disponível em: <<http://lounge.obviousmag.org/encruilhada/2012/07/o-museu-da-loucura.html>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l1-saude-mental/17692-formulario-p-solicitar-incentivo-financeiro-p-implantacao-de-equipe-de-desinstitucionalizacao>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

MEDICINA ATUAL. **Esquizofrenia**. Disponível em: <<http://www.medicinaatual.com.br/doencas/esquizofrenia.html>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

NAFFAH NETO, A. **O Estigma da Loucura e a Perda da Autonomia**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/estloucura.htm>>. Acesso em: 08 jul. 2015.

SABBATINI, Renato M. E. **A História da Terapia Por Choque em Psiquiatria**. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n04/historia/shock.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

SAÚDE CUF. **Esquizofrenia**. Disponível em: <<https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/esquizofrenia>>. Acesso em: 05 mai. 2016.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOLL, Marciana Fernandes. **A vida social de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial**. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Curso de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório sobre a Saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

PENSE SUS. **SUS**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 06 mai. 2016.

MINAYO, Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário

UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA: CUIDANDO DA FAMÍLIA: O TRABALHO COM AS FAMÍLIAS DE
ESQUIZOFRÊNICOS DO CAPS II DE CAÇADOR/SC
PESQUISADORA: LAÍS SUÉLLEN NASCIMENTO DOS SANTOS
ORIENTADORA: DRA. HILLEVI MARIBEL HAYMUSSI

Formulário de pesquisa

Caçador/SC

Data: ____/____/____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

6.4 Nome do entrevistado:

6.5 Idade:

6.6 Estado civil:

6.7 Gênero:

6.8 Escolaridade:

6.9 Cidade:

6.10 Perfil familiar:

6.10.1 Número de filhos:

6.10.2 Renda familiar:

6.10.3 Idade do(a) paciente:

6.10.4 Gênero do(a) paciente:

1 – Como constatou que seu filho, filha, cônjuge tinha algum problema?

2 – Que problemas para a Família causava?

3 – A quem recorreu inicialmente?

4 – Como foram encaminhados para o CAPS?

5 – O tratamento oferecido pelo CAPS II do município de Caçador/SC junto ao próprio esquizofrênico diminuiu a ocorrência de surtos da doença?

6 – Qual foi o tempo de tratamento no CAPS II?

7- Qual o tratamento oferecido ao paciente, pelo CAPS II?

Medicamento?

Grupo?

Quantos dias?

Que outras atividades?

8 – Que trabalho é feito com a família?

9 – Como é realizado?

10 – Que melhoras foram sentidas no paciente frequentando o CAPS II?

11 - O que melhorou na família?

12 – Na sua opinião, a vinculação do paciente e da família no CAPS II trouxe quais melhoras na convivência familiar? Os laços de afetividade foram fortalecidos?

Algum comentário que deseje expressar

ANEXO B - Termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - UNIARP
PÓS GRADUAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA:
PESQUISADORA: Laís Suellen Nascimento dos Santos
ORIENTADORA: DRA. HILLEVI MARIBEL HAYMUSSI

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fui informado (a) sobre o Projeto de Pesquisa:” Cuidando da família: O trabalho com as famílias de esquizofrênicos no CAPS II de Caçador/SC”, que tem como objetivo de analisar o impacto do trabalho desenvolvido pelo CAPS II (saúde mental) de Caçador/SC, com as famílias de esquizofrênicos, no segundo bimestre de 2015.

Nesta pesquisa serão aplicados questionários junto às famílias de usuários esquizofrênicos do CAPS II – Centro de Atendimento Psicossocial de Caçador/SC, sendo que a qualquer tempo o entrevistado poderá reconsiderar seus posicionamentos. Os dados e resultados individuais deste trabalho estarão sempre sob sigilo ético, não sendo mencionados os nomes dos participantes em nenhuma apresentação oral ou material escrito que venha a ser publicado. Os participantes da pesquisa que responderão ao questionário, não sofrerão nenhum risco ou dano, sendo que os custos da pesquisa correrão por conta do pesquisador. Se durante a pesquisa o participante decidir não continuar mais a responder, terá toda a liberdade para fazê-lo, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Dentro _____ dessas _____ condições, eu, _____ me disponho a responder às questões do formulário. Estou ciente de que mesmo não recebendo nenhum benefício direto ou imediato deste estudo, minha participação será de extrema importância. Após estar ciente e ter sido devidamente informado (a) sobre os aspectos da pesquisa pelo termo de Consentimento, e ter esclarecido minhas dúvidas, eu concordo em participar desta pesquisa e autorizo a publicação dos referidos dados.

Caso venham a surgir novos questionamentos sobre o estudo, posso contatar a pesquisadora Laís Suellen Nascimento dos Santos, sob orientação da professora Dra. Hillevi Maribel Haymussi, da UNIARP/Caçador, no telefone (49) 99160475, para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante deste estudo.

Assinatura do Participante	Nome
----------------------------	------

Assinatura do Pesquisador	Nome
---------------------------	------

Caçador/SC _____ de _____ de 2015.