

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA JULIA BARBOSA

**O CUIDAR FAMILIAR COM EQUIDADE DOS PACIENTES DO SEMI-
INTENSIVO DO CAPS III DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA.**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

MARIA JULIA BARBOSA

O CUIDAR FAMILIAR COM EQUIDADE DOS PACIENTES DO SEMI-INTENSIVO DO CAPS III DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Msc.PriscilaOrlandi Barth

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O CUIDAR FAMILIAR COM EQUIDADE DOS PACIENTES DO SEMI-INTENSIVO DO CAPS III DE FEIRA DE SANTANA-BAHIA**.de autoria da aluna **MARIA JULIA BARBOSA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Msc. Priscila Orlandi Barth
Orientadora da Monografia

Profa.Dra.Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedicamos essa obra monográfica à **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA** pela oportunidade dispensada e apoio pedagógico na pessoa da Tutora **Silvana Alves Benedet** e orientadora **Priscila Orlandi Barth**. Nossos sinceros respeitos e gratidão pela disponibilidade proporcionada nos transformando em profissionais especializados éticos, questionadores, críticos e reflexivos.

AGRADECIMENTOS

Ao **Deus** pai providente que guiou meus estudos e sustenta a minha vida. **As irmãs** de minha comunidade religiosa. A coordenadora do CAPS III, equipe, Familiares e Usuários. Aos amigos que me incentivaram e ajudaram para que esse marco acontecesse: **Edson Costa de Jesus, Carlos Madeira e Margarete Carneiro.**

SUMÁRIO

RESUMO	1
1 INTRODUÇÃO	2
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	7
4 RESULTADO	10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
ANEXO	17
REFERÊNCIAS.....	19

A Todos os que sofrem e estão sós, daí sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporciono apenas os vossos cuidados mas também o vosso coração.
(Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

O referido trabalho tem como objetivo, despertar nas famílias e orientar pacientes, o cuidado otimizando os tratamentos de transtornos mentais. Esse foi desenvolvido a partir da construção de uma Cartilha norteadora extensiva a pacientes e familiares contendo tópicos de ações das quais, desenvolverão oficinas como método profilático do tratamento. Essa cartilha foi inspirada de pacientes no tratamento de transtornos mentais sobre os quais foi desenvolvido um plano de ação no que se detectaram dificuldades no tratamento. Tal cartilha foi elaborada pela autora, tendo como colaborador direto a Unidade do CAPS III da cidade de Feira de Santana-Ba na pessoa do diagramador Sr. Carlos Madeira. Compõe-se de eixos temáticos que se desenvolverão oficinas entre pacientes e familiares no intuito de aproximação e entendimentos entre ambos. Tem-se como culminância dessa ação substancial a satisfação pelos resultados obtidos na qual, recomenda-se às unidades de saúde em geral e especificamente as psiquiátricas, unidades afins e outros a quem interessar.

PALAVRAS CHAVES: Família, Equidade, Transtornos.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) enfatizam que, “muitas vezes os profissionais de atenção primária da saúde veem, mas nem sempre reconhecem a angústia emocional dos pacientes. Esse reconhecimento detectado em tempo hábil há uma eficácia substancial nos tratamentos” (OMS/OPAS, 2001 p.90).

Historicamente no Brasil a atenção à saúde mental foi marcada pelo processo de asilo na ditadura militar. Em 1978, o orçamento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) absorvia 90% da verba para contratação de leitos específicos a pacientes com transtornos mentais (CESARINO, 1989).

Com a nova reforma psiquiátrica é desencadeada uma nova realidade com relação ao acompanhamento de pacientes com transtornos mentais (PTM). Sendo assim, fica obsoleto o modelo convencional que vinha sendo aplicado: Unidade Psiquiátrica e engajamento familiar. Por isso, torna-se fundamental e necessário esclarecer as famílias à extrema importância da sua coparticipação dos cuidados à pessoa assistida. A peça principal e de extrema importância agora, é o “cuidado familiar.” (ROSA, 2003, p.277).

Nessa vertente é que se ratificaprestar cuidado a pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de Direitos e deveres dos integrantes da família consanguínea, mesmo que redunde em algum ganho ou prejuízo econômico, prover cuidado, figura como uma das atividades inerentes à tarefas familiares ou domésticas que da perspectiva do grupo familiar, foram naturalizadas como próprias da família. O estudo da família é evidenciado à partir de uma visão sociológica quando: Um conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto {...} e se conforma como uma unidade de indivíduos e sexos idades e posições diversificadas que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres (BRUSCHINI Apud ROSA, 2011).

“É mister comentar que a atividade de cuidar, apoiar e acompanhar um membro da família tende a ser vista pela sociedade como um problema doméstico e a ser desconectado de qualquer mecanismo de proteção que a ampare ou fortaleça” (WANDERLEY, 1998, p,18) .

É instigante testemunhar diariamente com pacientes que se tratam no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) no Município de Feira de Santana Bahia, alegando sérias dificuldades em fazer uso das medicações devidamente prescritas pela Unidade, bem como outros cuidados alusivos. Nota-se uma quantidade expressiva de pacientes que usam a medicação quando medicados na unidade, mas, nas suas respectivas residências há resistências dos pacientes. Em foco, o presente trabalho tem a incumbência de colaborar com ações de cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica, nos seus respectivos lares, assim como conscientizar os familiares das responsabilidades do cuidar desses pacientes, tais como, Medicação, Assepsia, Meio Ambiente, convivência saudável e Vida Social. Estimular os familiares para que se sintam valorizados, promovendo círculos de palestras e demais eventos laborais de descontração atrativas. Fiscalizar in-loco as residências de pacientes alusivos ao CAPS III, checando as atribuições que lhes são confiadas.

Há uma gama substancial de pacientes do Semi- intensivo sem o devido cuidado e acompanhamento por parte dos seus familiares nos seus lares. Indaga-se: Por que os familiares não ajudam nos seus devidos tratamentos? Eles acham que a responsabilidade é do governo? Enfim, há um descaso generalizado, no qual se busca uma solução porque estão tornando insustentável essa situação: Pacientes em crise por não estarem fazendo uso das medicações; Ausência nas terapias de grupo; Abandono às consultas psicológicas e psiquiátricas enfim, abandono do tratamento.

Frente a essa problemática o objetivo geral é despertar o cuidar de pacientes e famílias integrados com equidade e especificamente desenvolver ações que possam integrar esses familiares aos seus respectivos pacientes no intuito de agregar melhorias aos tratamentos. Tem-se como plano de ação o desenvolvimento de oficinas de conscientização e a capacitação para familiares e pacientes semi intensivo alocado no CAPS III de Feira de Santana-Bahia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, busca-se uma mudança no paradigma do cuidar da atenção em saúde, passando de um modelo tradicional curativista “médico-centrado” ou “procedimento centrado” para um modelo de atenção à saúde que leve em consideração o usuário, enquanto sujeito, com as suas diferenças, singularidades e autonomia para decidir sobre a produção de saúde, caracterizando assim, um modelo de atenção em saúde “usuário-centrado” (PAIM, 2003).

Face ao citado, o cuidado da atenção a saúde mental requer uma visão do indivíduo de uma forma holística, considerando não apenas os seus aspectos biológicos, sociológicos e psicológicos na produção da saúde. Foca-se a atenção em relação ao cuidar do paciente nos seus respectivos lares, com o apoio dos familiares no que diz respeito ao uso da medicação, lembranças e acompanhamentos das terapias de grupos e outras atividades profiláticas. Pesquisando a temática sobre a convivência familiar com o doente mental, detectam-se três tipos de sobrecargas: A emocional, a de convivência e a financeira (MARTINS, 2001).

Na acolhida ao usuário, melhor qualificação do profissional para informar e orientar, a falta de resolubilidades das necessidades desses, além da omissão da família em cuidar do paciente no semi-intensivo. Baseados no Código de Ética dos profissionais de enfermagem verificamos no capítulo III, artigo 16º que é de responsabilidade da enfermagem “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (COFEN, 2000).

Na nossa realidade, detectam-se falhas na organização do atendimento tais como: As longas esperas, adiamentos das consultas e exames, pequena demanda de exames marcados pela central, demora na instalação ou conserto de equipamento, e falhas na estrutura física: aglomeração dentro das salas, paredes com mofo e ambiente mal higienizado, também são identificados. No Brasil, os CAPS são distribuídos e classificados de acordo a população e seus perfis, sendo diferenciado pelos públicos alvos condicionado a suas capacidades: CAPS I para população de 20.000 a 70.000 habitantes funcionando de segunda a sexta nos horários de 08 às 18 horas. CAPS II para população de 70.000 a 200.000 habitantes, funcionando de 08 às 18 sendo

facultado também um dia até às 21 horas. CAPS III para população acima de 200.000 habitantes, esse é o único que funciona 24 horas ininterrupto inclusive domingos feriados e fins de semana, podendo oferecer acolhimento noturno. CAPS ad para população acima de 100.000 hab. Nos horários das 08 às 18 horas de Segunda a Sexta, podendo estender a um segundo período até as 21 horas para atender álcool e drogas. CAPS i para população acima de 200.000 hab. Atendendo nos horários de 08 às 18 horas (segunda a sexta) podendo estender a um horário extra até as 21 horas, para crianças e adolescentes (BRASIL,2004).

Diante de tal afirmação teórica, é indiscutível a maior responsabilidade que possui o CAPS III, pois além de diferenciado no atendimento mais extenso, visualiza e peculiariza os percalços que dificulta a continuidade profilática. O descaso familiar é o grave problema que vem descaracterizando tal serviço, persiste-se no conscientizar essas pessoas inclusive alertando-lhes que tais responsabilidades familiares são contidas na Lei.n.10216 de 06 de Abril de 2001

O objetivo do CAPS é integrar o portador de transtornos mentais em um ambiente sócio/cultural sadio no qual desenvolva a sua vida normal cotidiana com seus familiares. É um grande choque essa reforma psiquiátrica, um grande desafio para os anais governamentais descaracterizar manicômios, unidades psiquiátricas hospitalares além de alocar aqueles pacientes que já residem em unidades de internatos. Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; Servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (BRASIL, 2000). O Código de Ética dos profissionais de enfermagem, por meio da Resolução n.º240/2000 (COFEN, 2000).

O profissional da enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, a discriminação de qualquer natureza, assegura ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Essa extensão de cuidados familiares contempla o processo de humanização, contudo, desafia o método tradicional antigo no qual o governo centralizava os métodos profiláticos bem como, internação e demais cuidados. Faz-se importante frisar que o cuidar dos pacientes pelos familiares com equidade é respaldado na Lei n.10216 de 06 de Abril de 2001. que regulamenta tal decisão Federal.

A recepção ambiental do paciente em seus lares favorece ao seu estado de melhoria no que se refere a angústias, estresse e pressões do cotidiano. A busca por um modelo manicomial a contento, pensou-se em novas estratégias de cuidados que ressocializasse o paciente ao reduto social familiar. Portanto, a desospitalização tornou-se a saída para a inserção no trabalho, educação e lazer.

As políticas públicas de saúde mental no Brasil consideram os CAPS como válvulas de escapes estratégicos para um norteio de atenção em saúde mental. Nesse contexto entende-se como convívio social: família, Escola, Trabalho, Igreja pautando-se e priorizando-se pela família como eixo norteador desse processo (BRASIL, 2003).

O modelo de saúde mental básico ostenta em bases territoriais e ações transversais ramificadas com outras ações específicas, que buscam um melhor acolhimento de ação em saúde. Nesse processo tem que estar fundamentado o SUS e a reforma psiquiátrica contendo as seguintes diretrizes fundamentais: Noção de território; organização da saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinidade, desinstitucionalização, promoção da cidadania, construção da autonomia e familiares (BRASIL, 2003).

Com essas modificações nota-se um certo desconforto para os familiares, uma vez que esses, não dispõem de infra estrutura necessária para cuidar dos enfermos. Em contra partida acredita-se que o afago e o carinho da família é de extrema importância para reabilitação das pessoas afetadas de transtornos mentais e que essa resolução do governo Federal brasileiro, fundamenta-se em estudos prévios e experiências comprovadas.

3 MÉTODO

O estudo foi desenvolvido em uma unidade do CAPS III denominado Dr. João Carlos Lopes Cavalcante, a qual foi implantada em 18 de Fevereiro de 2005 na cidade de Feira de Santana Bahia localizada na região central da cidade, atende pessoas maiores de 18 anos de idade com transtornos mentais severos e persistentes. Toma-se como diretriz da unidade CAPS, agendamento psiquiátrico quadrimestral ao paciente, retornando a unidade mensalmente para adquirir a medicação conforme prescrição médica. Semanalmente ou quinzenalmente esse deve retornar a unidade para terapia ocupacional ou acompanhamento psicológico.

Atualmente o referido CAPS atende cerca de 5.000 pessoas, consta com um acentuado número de pessoas cronicadas, assim como também os que oscilam o comportamento apresentando momentos de crises ou melhora necessitando, do suporte da unidade no cotidiano como semi-intensivos. Têm-se como observação que é comum os pacientes dessa unidade se queixarem de maus tratos por partes dos familiares. Raramente o paciente se declara agressivo. Em contra partida nos deparamos com familiares fragilizados e indefesos o qual corriqueiramente acontecem confronto entre familiares e pacientes causando esses transtornos. Em face dessa abordagem ter uma ação de imediato, amplia-se o leque de conhecimento do autor, bem como tem-se resultados interessantes pelo fato de conviver e vivenciar os fatos abordados de forma crítica e direta. Conclui-se enfatizando que a cidadania se constrói no seio das práticas sociais na qual demanda: organização, confronto, reivindicação, ação-reflexão e conquista, entre outras iniciativas (SOUZA, 2005).

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

A família e sistema tem algo em comum, há coincidências e se totalizam pela unidade que fazem parte de um todo. Apesar da constituição de vários membros, não se evidencia isoladamente ou seja, as partes não se movem sozinhas e em caso de atingir um dos membros, atinge todo o sistema (BARRETO, 2005). São alvos desse estudo 20 familiares de pacientes do CAPS III de Feira de Santana-Bahia em conjunto no acompanhamento daqueles acometidos de transtornos

mentais. Deu-se início a essa ação com a apresentação da proposta para a coordenadora do CAPS no qual foi acolhida com interesse e disposição em colaborar com tal trabalho. Dando continuidade ao processo, foram convidados os familiares para os momentos dos ciclos de palestras através de ligações telefônicas e demais contatos pessoais.

1º Momento: Foi desenvolvido a partir de ciclos de palestras na oficina da família de responsabilidade da Psicóloga Margarete Carneiro e participação dessa autora (Maria Julia Barbosa). Teve como início dinâmica de apresentação e boas vindas, com a música: “Seja bem vindo Ó Lêê”. Houve explanação da motivação do encontro sobre a importância de unirmos forças, para fortalecer vínculos e entre ajuda a familiares e pacientes, tendo como tema central “A Importância da Família na qualidade de Vida de pessoas com transtornos Mentais. Sub-Tema: Interação e Convívio. Objetivo: Ressaltar e estimular a família no cuidar. Mensagem Reflexiva: Força e Coragem (Autor desconhecido) fundamentada em rodas de conversas norteadas de questionamentos, alusivos a interação no cotidiano do paciente e respectivamente seus familiares.

2º Momento: Sub Tema- A Importância do Auto Cuidado. Objetivo: Despertar o cultivo do auto cuidado para uma boa qualidade de vida. Deu-se o início com a música: “Comer,Comer”. Palestra com a Nutricionista Ana Carolina Reis de Oliveira que ministrou uma temática com o texto ”Alimentos da vida” sobre alimentação saudável no seio familiar. Distribuição de alimentação saudável aos participantes, salada natural.

3º Momento: Sub tema-Prática de Exercícios físicos. Objetivo: Demonstrar a importância do exercício físico no dia a dia. Abertura com a música de Marcos Vale-(Estrelar) “(Tem que correr, tem que suar...). Palestra ministrada pelo Educador físico Jaime Alves que falou da importância da atividade física principalmente para pessoas acometidas de transtornos mentais. Também realizou alongamentos e exercícios de respiração.

4º Momento-Sub Tema- Atividades da vida diária. Objetivo-Estimular e apoiar o familiar nas atividades cotidianas. Mensagem Reflexiva Texto de Clarice Lispector Mudança. Palestra e Construção de Regras para rotina.

5º Momento-Sub Tema- Entretenimento-Objetivo-Motivar e despertar a socialização e atividade lúdica. Dinâmica: Dança da Amizade. Mensagem-Música de Gonzaguinha (Eterno Aprendiz). Palestra: O que é entreter?

6º Momento- Sub tema- Regras Nobres. Objetivo-Valorizar, cuidar com equidade do familiar. Dinâmica dos balões(cuidar dos balões para não deixar cair, simbolizando o

cuidado com a pessoa). Palestra com o Psicólogo Dr. Carlos Madeira que criará regras gerais para a desenvoltura do cotidiano.

Esses ciclos serviram de subsídio para o desenvolvimento de uma Cartilha educativa, assim opta-se pelo tópico 2 na construção desse estudo, ou seja, a criação de uma Tecnologia de Cuidado ou de Educação ou de Administração. Essa cartilha foi dividida em eixos temáticos envolventes e cumpliciados entre eles e na área de ação, desenvoltura de oficinas passando a fazer parte dos métodos profiláticos já que essa iniciativa já culmina positivamente diante dessa experiência com a comprovação de reduzir substancialmente as crises e doses do uso das medicações.

A presente cartilha surgiu a partir de inquietações atinentes a realidade de pacientes e familiares após temas abordados. Contou-se com a participação de colaboradores da unidade CAPS III que revisou e formatou a criação da referida, ora criada pela autora.

Nesse sentido é essencial desenvolver uma cartilha contendo deveres e obrigações atinentes à pacientes e familiares para que ambos sintam-se responsáveis pelos métodos profiláticos que por si só são peculiares. Nessa cartilha, contém tópicos alusivos a incentivos que serão desenvolvidos em oficinas que nortearão a temática em epígrafe otimizando o tratamento dos pacientes com a colaboração direta dos seus familiares.

É importante frisar que para a desenvoltura desse estudo, foram tomadas várias atitudes no sentido de preservar a integridade das pessoas. As informações foram prestadas em caráter sigiloso, sem identificações pessoais bem como outras atribuições que possam prejudica-los. As bases de abordagens foram executadas in-loco com pacientes e familiares ora envolvidos nesse processo. Frisando que, por não se tratar de uma pesquisa o presente estudo não precisou passar pela aprovação de um comitê de ética, mas sempre respeitando a integridade ética e moral dos envolvidos.

4 RESULTADO

Os resultados desse estudo culminam na incapacidade ou pouco interesse dos familiares e conseqüentemente, nas alterações do uso das medicações dos pacientes e no abandono do tratamento. É importante ressaltar que, por conta desses desajustes se faz necessário algo, que toque nos pacientes e familiares otimizando o processo do tratamento.

Segundo Spadini *et al* (2006, p.126), "o reconhecer e aceitar a doença é entendido como necessário e essencial para a melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares".

É comum as famílias ocultarem seus familiares que são doentes mentais, às vezes até escondendo, trancando seus pacientes para que as pessoas não passem à conhece-los. Analisando pela linha do autor enfatiza-se que ao assumirmos a doença da qual é acometido, tem fundamental importância porque melhora de forma substancial tanto na vida do paciente bem como os familiares.

Para Miles *et al* (1982 apud Ferreira, 2003, p. 27) a família ao deparar-se com a doença mental apresenta três formas de abordagens: o encobrimento, o ocultamento da doença do meio social e a normalização, prosseguindo com as atividades normais, encobrendo a realidade e a dissociação afastando-se do convívio da sociedade a fim de evitar futuros aborrecimentos(FERREIRA,2003). A partir dos encontros na Unidade CAPS, foi possível entender, discutir junto aos familiares as dificuldades e encontrar meios de melhorar os conflitos e orientar os cuidados gerais construindo juntas regras que irão nortear a convivência, as atividades diárias, entretenimentos e outros, afinal a reforma psiquiátrica requer essa atenção.

No Brasil acompanhamos os impactos das mudanças produzidas por essa reforma, denominada de "luta antimanicomial"⁴. Elas não estão localizadas apenas no âmbito do tratamento, mas também na relação, discutida e problematizada, entre a experiência da loucura e a vida social. Ou seja, mesmo sendo uma luta com uma localização específica, seus efeitos se fazem sentir de modo transversal e ampliado na sociedade como um todo, trazendo para a mídia, para a vizinhança e para a vida cotidiana em geral, novas possibilidades de compreensão e de trabalho com a loucura e o adoecimento psíquico(FERREIRA NETO, 2006, p. 70)

Sendo assim, a luta manicomial não é simplesmente uma transferência é sim todo aparato de mudanças, inovações e adequações correlatas nas quais se envolve

principalmente a família nesse contexto com equidade e presteza. Nessa ação, se constatou uma boa receptividade no desenvolvimento das atividades tanto quanto na partilha das dificuldades como na disposição e participação das propostas com anseios de melhoras.

A Cartilha em anexo (ANEXO 1) tem como título: “Relação de Convivência Familiar de Pessoas em Atendimento Psicossocial.” Cujas capas tem a foto de cinco mãos com a leitura imaginária de: duas mãos dos pacientes, duas mãos dos familiares e só uma mão do enfermeiro metaforizando que as partes principais são eles e o auxílio do enfermeiro é a menor parte. Fica evidenciado que os protagonistas principais da cartilha são: pacientes e familiares.

Explica-se: Por que cinco mãos? As duas mãos do paciente centralizando o processo; as duas mãos do representante familiar representando a família e uma mão do colaborador do CAPS III simbolizando a sua participação nessa ação totalizando cinco mãos no todo. Nos dias das ações das oficinas é explicado as funções específicas das mãos, passando a informação e conscientização de que o núcleo importante desse processo é a interação paciente e família. O colaborador do CAPS tem a função só de intermediar a ação.

Tem-se como objetivo da cartilha: Acompanhar, orientar e apoiar os familiares no cuidado, compromisso e responsabilidade com a pessoa em atendimento psicossocial. Acompanha como subtítulo “Cartilha da Família” portadora de seis eixos temáticos com suas devidas especificações conforme tópicos coloridos e variados no intuito de chamar a atenção: 01) Interação e Convívio, 02) Autocuidado, 03) Prática de Exercícios físicos, 04) Atividades da Vida Diária, 05) Entretenimento e 06) Regras Nobres. Na contra capa final, possui uma frase chamativa e reflexiva para a temática que é: “Unidos Podemos Enfrentar Melhor os Nossos Desafios Existenciais.”

Espera-se que tal ação, melhore substancialmente ou reduza o uso de medicação conforme resultados preliminares e que tenha um efeito imediato na mudança governamental quando as unidades psiquiátricas de semi-internato estão sendo desativadas pelo governo federal.

“A reabilitação psicossocial, no contexto da reforma, passa pela idéia de desinstitucionalização, como forma de desconstrução do paradigma asilar e de invenção de novas modalidades de atendimento em saúde mental, fundamentadas não mais no objeto fictício “doença”, mas na “existência-sofrimento” do paciente e na sua relação com a sociedade. O conceito de

“desinstitucionalização”, assim pensado, possibilita novas práticas e conceitos para se lidar com o paciente, que sejam instrumentos de produção de vida, de solidariedade e trocas sociais, e resgata a complexidade de fenômeno da loucura como aspecto biológico, político e sociocultural, como expressão complexa da existência humana” (OLIVEIRA e FORTUNATO, 2007, p. 158)

Quebrando paradigmas tem-se verificado como resultados positivos desse plano de ação, um acentuado interesse tanto dos pacientes como seus familiares em participar das oficinas contidas na cartilha, bem como diversificar ou escolher as temáticas que mais gostam. Tal informação toma-se como base a demanda de pessoas que sinalizam positivamente no tratamento após a aplicação do plano de ação.

É importante frisar que os familiares envolvidos no ciclo de palestras foram receptivos e interagiram nas questões ou temas pertinentes que foram abordados, ao mesmo tempo em que foi curioso em alguns momentos, perceber a vaidade, auto estima, estímulos e interesse de alguns participantes, por estarem sendo valorizados em suas questões familiares.

Assim é importante refletir sobre o conceito de família nuclear e alternativa como apresenta Romagnolli (1996):

Família nuclear e alternativa. Famílias nucleares: também chamadas conjugais, formadas pelo casal de cônjuges com seus filhos. Famílias alternativas: são possuidoras de arranjos familiares que fogem ao modelo dominante. Estas novas formações caracterizam grupos sociais flexíveis e singulares em estrutura, função e hierarquia, formando um caleidoscópio em cujos fragmentos móveis e flutuantes pode-se montar uma série de combinações. Quanto à estrutura, não fogem do parâmetro nuclear, possuindo proles pequenas, cuja composição torna-se cada vez mais variável; podem ser compostas por apenas um dos cônjuges vivendo com os filhos, podem ser compostas de um cônjuge que possui união estável com outro parceiro, que já tenha ou não sido casado anteriormente, com ou sem filhos desta união, com ou sem filhos dos casamentos prévios, que podem habitar ou não na mesma casa, enfim, formando uma mixórdia que não obedece a nenhum padrão rígido.

Tal definição dicotômica de família pelo teórico citado, abrange de forma clara do que conceitua o que é família de direito e família de fato inclusive dotando-as de responsabilidades quando está na convivência das pessoas acometidas de transtornos mentais. Afinal, o doente mental é de responsabilidade de todos que os rodeiam.

Há uma positividade nesse tratamento psiquiátrico no CAPS que é a terapia de grupos e demais socializações. Nesse estudo pode-se comprovar que pacientes que tem frequência acentuada no tratamento, ou seja, sendo assíduo as terapias, consultas psiquiátricas regulares, possuem uma substancial redução no uso da medicação,

retomada da rotina de trabalho e convivência familiar valorizando-se e elevando sua auto estima. É observado que as crises ou piora sempre se dá entre a primeira e a segunda visita, tais dados, são evidenciados de relatos familiares vez que, nesses casos a família é o primeiro e mais afetável.

De modo geral não se assume uma precisão pelo fato de não haver queixas espontâneas dos usuários, por isso, fica prejudicado a análise dos dados com uma melhor performance. O método terapêutico medicamentoso atinge em 100% e o seu abastecimento às vezes sofre deficiência de suprimentos no que se diz respeito às regulações internas, bem como repasses e outros trâmites burocráticos que prejudicam essa logística.

O familiar, ainda, apresenta-se aos serviços simplesmente como “informantes” das alterações apresentadas pelo doente mental, e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continua a ser o maior projeto de superação (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

.

Em função da reforma psiquiátrica, exige-se uma ampliação de qualidade no CAPS, no que se diz respeito a infra estruturas e melhorias organizacionais extensivo ao SUS. Essa medida se faz necessária para estratégia de assumir uma situação no momento bastante delicada que é a descaracterização das unidades manicomiais. Trata-se de novos desafios para serem enfrentados pelo fato de estarem extinguindo um e erguendo outro, ou seja, extinção dos manicômios, colônias e surgimento dos CAPS.

Tornar-se possível, ajudar o paciente a recuperar suas habilidades voltando as suas atividades normais iniciando pelo cuidado pessoal como: higiene, banho, dormir bem, alimentação saudável, o lazer fazendo com que o paciente saía do isolamento e até volte a suas funções de trabalho (SHIRAKAWA, 2000).

Sendo assim, utilizamos estas metodologias por considerarmos o caminho ideal para compreendermos o significado e a intencionalidade das falas e vivências dos (as) familiares. É de extrema emoção comentar da última culminância experimentada quando notou-se uma interação geral entre pacientes, familiares e equipe, quando foram

dirimidas várias dúvidas, vários questionamentos principalmente sobre direitos, deveres e obrigações dos pacientes e familiares.

"A família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os doentes mentais ela possui especial importância, pelo fato desses sujeitos, na maior parte das vezes, necessitarem de cuidados e acompanhamentos dos membros do grupo familiar" (NASI et al, 2004, p.03).

Os familiares vêem a ação como presente valioso no qual se sentiram escutados, orientados e apoiados criando estímulos para continuarem com sua árdua missão. É gratificante ouvir do próprio paciente e familiares nas oficinas: "Quando será o próximo encontro?". Portanto o plano de ação já deu certo, porque é notado que nas oficinas: Primeiro ouve-se, segundo questiona-se e terceiro se aplica a ação temática do dia. E ao saírem, até o próximo encontro já fica a desenvoltura de uma ação concreta, até a próxima oficina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido tema estudado na modalidade de plano de ação, deixa uma certeza de que o direcionamento da organização em quaisquer áreas exploradas, se faz necessário para uma melhor eficácia laborativa. Nota-se que o plano de ação utilizando a cartilha envolvendo os sujeitos do estudo, apresenta em caráter imediato para o feedback ora procurado, a culminância do problema abordado e a resposta bastante surpresa, por estar abordando um contingente de riscos constantes.

Esse trabalho enaltece a família como propulsora da sociedade dotando-a de responsabilidades, direitos, deveres e obrigações envolvendo-as no cotidiano em quaisquer circunstâncias vitais. Os círculos de palestras aplicados nesse plano de ação no CAPS III em Feira de Santana-Bahia, envolveram 20 famílias com seus respectivos pacientes sem acepções: Mães, tios, pais, irmãos, primos parentes de segundo grau enfim pertencentes ao grupo familiar.

O resultado foi bastante satisfatório no qual superou as expectativas pelo tempo aplicado e os efeitos serem imediatos. Os seios temáticos nortearam-se por literaturas variadas no que se diz respeito, textos, experiências cotidianas, livros de auto ajuda, jogos, filmes, situação problema enfim, tudo relacionado ao tema principal que é: O Cuidar Familiar Com Equidade Dos Pacientes Do Semi-Intensivo Do CAPS III De Feira de Santana-Bahia.

Nessa ação fica evidenciado o quanto eleva a autoestima das pessoas quando se dá atenção, cuida, escuta e eleva-as. Os pacientes mesmo com esses transtornos apresentam um quadro de melhora por se sentirem úteis, socializados, amados e importantes. Torna-se de grande relevância esse plano de ação pelos resultados ora apresentados.

O termo equidade faz parte dessa temática para que os familiares sejam esclarecidos que o cuidar não é só por cuidar, precisa haver o cuidado com responsabilidade. Diante dessa experiência positiva, recomenda-se aos CAPS em geral

tal iniciativa na ação de otimizar os tratamentos de pacientes dos semi intensivos , bem como unidades psiquiátricas em geral e a quem interessar nessa brilhante ação.

ANEXO

ANEXO A – Cartilha educativa

UNIDOS PODEMOS ENFRENTAR MELHOR
OS NOSSOS DESAFIOS EXISTENCIAIS.



INFORME-SE. INSCREVA-SE. PARTICIPE.

Rua Francisco Martins da Silva, 239
Fone: (75) 3623-4555
Feira de Santana - Bahia



RELAÇÃO DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR DE
PESSOAS EM ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria Júlia Barbosa

OBJETIVO

Acompanhar, orientar e apoiar os familiares, no cuidado, compromisso e responsabilidade com a pessoa em atendimento psicossocial.

CARTILHA DA FAMÍLIA

INTERAÇÃO E CONVÍVIO

Consiste em conviver da melhor forma possível, facilitando e interagindo com o familiar que necessita de ajuda.

AUTOCUIDADO

Sempre que possível, incentivar e apoiar o familiar com a própria higiene, adesão ao uso de seus medicamentos e hábitos alimentares saudáveis.

PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

O familiar poderá participar de exercícios físicos, quando possível, sob supervisão de profissional qualificado.

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Estimular e apoiar o familiar nas atividades domésticas potencializando sua capacidade produtiva e autoestima.

ENTRETENIMENTO

Sempre que possível, o familiar irá aos shoppings, igrejas, praças, museus etc, com seus cuidadores responsáveis.

REGRAS NOBRES

O familiar deve ser tratado com respeito, atenção, ser ouvido, ter suas medicações nos horários exatos e SER AMADO.

REFERÊNCIAS

BARRETO; Vivian. 2008. 115f. **Mentes e Saberes dos doentes mentais** (Licenciatura em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal, 2008

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria 2.077. Regulamenta a Lei n. 10.708, 2004.**

_____. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria 336, 2002.**

_____. MINISTÉRIO DA SAUDE. **Portaria 147.** Secretaria de Assistência à Saúde Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. 2002.

_____. **Direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais**, Brasília, 2001.

_____. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001b. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** 2001.

BRUSCHINI, Cristina. **Uma abordagem sociológica da família** Revista Brasileira de Estudos da População. Vol.6, n.1, p.123, 1989.

CESARINO, A C. **Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo.** In: Saúde Loucura 1. São Paulo: Hucitec, , p. 3-32, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Brasília (DF) 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COREN - GO. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Goiânia, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro; 1993.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene A, ROLIM. Marli. Alves. **Família e doença Mental: a difícil convivência com a diferença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 38, n2, p.197-205, 2004.

FERREIRA, Patrícia V. P. **Afetividade e cognição** Disponível em <<www.psicopedagogia.com.br>>. Acesso em 21 fev. 2003

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia e política: uma interpretação foucaultiana.** Revista Psicologia Política, Vol.. 6, p. 65-81, 2006.

GOMES, O. **Convivência familiar com transtornos mentais.**Vol.15, 1987.

MARTINS J. **Estudos sobre existencialismo, Fenomenologia e Educação**. 2ª ed.. São Paulo: Centauro; 2006.

NASI, Cíntia. **Convivendo com o doente mental Psicótico**. Enfermagem. Vol.06, 2004.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra e FORTUNATO, Maria Lucinete. **Reabilitação Psicossocial na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica**. Vivência, n. 32, p.155-161, 2007.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) & Organização Mundial da Saúde (OMS). (1990).

PAIM, Jairnilson Silva. **Epidemiologia e planejamento**: a recomposição das epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Novas Formações Familiares: uma leitura institucionalista**, 1996,

ROSA, L; **Transtorno mental e o cuidado com a família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SHIRAKAWA, Itiro. **Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, supl. I mai. 2000.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123127, mar. 2006.

SOUSA PLR, Tillmann IA, Horta CL, Oliveira FM. **A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a e a educa Á,,o: o estado de arte**. Psiquiatria Pratica Medica. Vol. 34, p.112, 2005.

WANDERLEY. T. **Perfil Psicológico e seus estágios**. Vol.2, 1998.