ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Maria Andreza Carvalho Leite Lima

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

# A RELACÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO DOS PACIENTES DE SAÚDE MENTAL ASSISTIDOS NO CAPS I DO MUNICIPIO DE PETROLÂNDIA-PE

**Serra Talhada, 2017**

Maria Andreza Carvalho Leite Lima

**PROJETO DE INTERVENÇÃO:**

# A RELACÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO DOS PACIENTES DE SAÚDE MENTAL TRATADOS NO CAPS I DO MUNICIPIO DE PETROLÂNDIA-PE

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública**,** para obtenção do título de Especialista Saúde Pública.

**Orientador (a)**: Sandra Luzia Barbosa de Souza

**Serra Talhada, 2017**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

L732r Lima, Maria Andreza Carvalho Leite.

A relação das famílias no tratamento dos pacientes de Saúde Mental assistidos no CAPS I do Município de Petrolândia-PE. Serra Talhada-PE,
2017.
26f.

Orientador (a): Sandra Luzia Barbosa de Souza.
Monografia (Curso de Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1.Relações Familiares. 2. Medicalização. 3. Tratamento. 4.Cuidados 5. Saúde Mental. Título.

ESPPE / BNC CDU – 362.17:614:616.899(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

## RESUMO

Este trabalho discorre sobre o cuidado com o portador de sofrimento psíquico dentro do seu ambiente familiar. Foi realizada uma breve revisão teórica sobre a reforma psiquiátrica e o papel da família como cuidadora, sendo abordados aspectos como a sobrecarga e as dificuldades encontradas pelas famílias; o impacto causado pela doença mental nas famílias, tendo como objetivo principal identificar as dificuldades enfrentadas pelas famílias dos pacientes com transtorno mental e usuários de álcool e drogas do CAPS Nova Mente, localizado no município de Petrolândia-PE, visando ao fortalecimento dos vínculos ao cuidado integral em saúde. Trata-se de um projeto de intervenção, que trabalhará por meio de grupos com familiares e pacientes atendidos no CAPS I, do mencionado município. Com desenvolvimento do projeto, espera-se o fortalecimento dos vínculos afetivos dos pacientes do CAPS e seus familiares, que haja uma maior compreensão dos familiares dos pacientes de saúde mental sobre a importância da família durante o tratamento terapêutico, como um suporte tocante dos cuidados básicos e essenciais, fazendo com que as famílias dos pacientes de saúde mental entenda mais as patologias de seus familiares e que possam ser mais presentes durante o tratamento. Dessa forma, haverá possíveis contribuições para que os pacientes possam realmente ser compreendidos em sua totalidade, não apenas medicados, melhorando o cuidado integral ao usuário do CAPS.



**Palavras-chaves: Relações familiares, Medicalização, Tratamento, Cuidado, Saúde Mental**

**SUMÁRIO**

**1. Introdução.....04**

**2. Justificativa.....07**

**3. Objetivos.....09**

3.1 Objetivo Geral..... 09

3.2 Objetivos Específicos.....09

**4. Revisão de Literatura..... 10**

4.1 A Construção Histórica Da Reforma Psiquiátrica .....10

4.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira .....14

**5. Método .....17**

5.1 Tipo de estudo, período e população .....17

5.2 Resultados esperados .....18

5.3 Considerações Éticas..... 18

**6. Viabilidade.....19**

**7. Orçamento estimado.....20**

**8. Cronograma .....21**

**9. Financiamento.....22**

**Referências.....23**

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a construção da Política de Saúde Mental busca garantir a defesa dos direitos, a melhoria da qualidade de assistência e a construção de respostas complexas diante das necessidades apresentadas pela população com transtornos mentais. Nessa direção, especialmente a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde assumiu e propôs diretrizes para a inversão do modelo assistencial centrado no Hospital Psiquiátrico, que tem como princípio organizativo a construção das redes municipais de serviços de saúde mental (BRASIL, 1992; 2002; 2005).

O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta quando o foco do cuidado se desloca da doença para o sujeito em sofrimento. Esta organização envolve construir uma nova forma de cuidado, que não seja mais de exclusão e isolamento, mas, pautada, sobretudo, na democracia, solidariedade e tolerância em relação à diferença. Uma forma de cuidado que se revele numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer; não numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de convivência, não de intervenção, mas de interação.

Esta nova forma de cuidar, em que o vínculo aparece como possibilidade de construção de caminhos menos estigmatizastes, implica na interação do serviço e seus profissionais com a família do portador de transtorno psíquico. Os papéis assumidos pelos membros da família mantêm relação com o que consideram fonte de estresse ou de apoio. A identificação dos papéis desempenhados, das fontes de apoio e das redes sociais consiste em fatores essenciais para planejar as intervenções.

O papel da família no desenvolvimento de cada indivíduo é de fundamental importância, pois neste espaço são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de base para o processo de socialização, um local onde deve existir harmonia, afetos, proteção e todo o tipo de apoio necessário na resolução de conflitos ou problemas de algum dos membros. As relações de confiança, segurança, conforto e bem-estar proporcionam a unidade familiar. No grupo familiar, experimentar sentimentos trazem evidências em cuidar do outro, o que se exacerba ainda mais quando temos alguém em nossa família com um problema de saúde. O adoecimento de um membro na família representa, em geral, um grande abalo. A

gravidade e a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, produzem frustração e desespero e são um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária (ROSA, 2003).

O apoio familiar é muito importante, pois vários são os sentimentos que ela pode apresentar diante dessa situação, tais como culpa, preconceito e incapacidade. Além do preconceito que os portadores de transtornos mentais e dependentes químicos sofrem da sociedade, eles também são submetidos aos da família, pelo fato de não terem conseguido formar um indivíduo "saudável" e preparado para cumprir com suas obrigações sociais. Não é possível julgá-las, pois também são vítimas da sociedade assim como o doente, mas é possível reconhecer a importância dela na vida de qualquer ser humano (ROSA, 2003).

Os familiares tornam-se essenciais no processo de tratamento do doente, no entanto necessitam saber como lidar com as situações estressantes, evitando comentários críticos ao paciente ou se tornando exageradamente superprotetores, dois fatores que reconhecidamente provocam recaídas. Torna-se muito importante que os familiares dosem o grau de exigências em relação ao paciente, exigindo assim mais do que ele pode realizar em dado momento, porém sem deixá-lo abandonado, ou sem participação na vida familiar. Conhecendo melhor a doença e tendo um diagnóstico claro, a família passa a ser um aliado eficiente em conjunto com a medicação e a terapêutica trabalhada pela equipe multiprofissional.

Tanto a família quanto a equipe responsável pelo paciente necessitam estar alinhadas objetivando adquirir confiança e vinculo, para que se estabeleça uma relação de confiança e de aceitação ao tratamento, o que irá garantir a efetivação do tratamento e consequente melhora. A recuperação de uma pessoa com transtorno mental ou dependente químico é um processo longo, e em muitos casos gradual e lento, no entanto combinando várias abordagens os resultados tornam-se assertivos e em muitos casos muito satisfatório. Percebe-se que quando a família passa a compreender a doença e as formas de tratamento, passa a ser uma aliada eficiente em conjunto com a medicação e a terapêutica trabalhada pela equipe multiprofissional nos CAPS. Além disso, necessitam receber total atenção no sentido de serem orientados em sua abordagem ao paciente ou de seu relacionamento durante o processo terapêutico, visto que em muitos casos a família adoece em conjunto, sendo necessário um processo de escuta, apoio e orientação; isso sem falar que, em muitos casos, o relacionamento familiar foi o responsável pelo agravo da situação do paciente (ROSA, 2003).

É importante, portanto, que a família sinta que pode fazer algo para ajudar o seu familiar a recuperar-se quando tal é possível e, mesmo quando não é, que seja capaz de compreender a situação e acompanhar o paciente, dando apoio, compreensão, carinho e dedicação (LAZURE, 1994).

## 2. JUSTIFICATIVA

Com os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças vêm ocorrendo no setor saúde. No campo da saúde mental, certamente a maior conquista é o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS, os Hospitais-dia e os Residenciais Terapêuticos. A partir dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam enclausurados nos hospitais psiquiátricos, agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem.

Porém nossa sociedade, bem como as famílias, está pouco preparada e amparada para acolher o portador de sofrimento psíquico, havendo ainda uma lacuna entre o cuidado que se tem e o cuidado que se almeja ter em saúde mental. Por outro lado, muitos são os esforços empreendidos pelos serviços e pelos profissionais da saúde na busca por reverter a lógica de atenção à saúde mental arraigada na nossa cultura, em que prevaleceu por muitos anos a exclusão e o preconceito.

Segundo Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna constitui-se através do progresso da vida privada, ou seja, a família assume um espaço maior em detrimento da sociedade. Assim, é importante considerar que, "a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída" (ROSA, 2003; p. 28), sendo que, nem sempre, foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adoece mentalmente.

A relação familiar é o sustentáculo e a base para uma boa estrutura emocional para o paciente, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para sua manutenção e recuperação. Fato pelo qual torna-se essencial sua participação em todos os processos terapêuticos no qual o paciente está inserido, a fim de propiciar uma melhor adequação do paciente ao tratamento e consequente melhora.

Dessa forma, a necessidade de estudar as relações familiares dos portadores de transtorno mental surge a partir da minha prática profissional como possibilidade de conhecer para melhor atuar e qualificar o cuidado em saúde mental. Os problemas do cotidiano me convocaram para este estudo, a partir de alguns questionamentos: Como intervir com os familiares dos portadores de transtorno mental? Como atender a demanda da família? O que é possível ofertar a esse grupo? Como trazer a família para que seja parceira do tratamento?

Como melhorar a relação entre família, portador de transtorno mental e o CAPS? O que é necessário que a equipe faça diante dessas questões?

Neste sentido, o presente projeto de intervenção visa conhecer o papel da família em relação ao portador de transtorno mental e identificar a percepção da família em relação à saúde mental-transtorno mental, ao portador de transtorno mental e ao tratamento em saúde mental. Assim, (re)conhecer e compreender as relações familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Nova Mente), localizado no município de Petrolândia-PE, possibilitará o fortalecimento de vínculos afetivos, estimulando reflexões sobre a inserção da família no processo terapêutico do paciente. Dessa forma, poderá contribuir com a atenção integral à saúde dos usuários do CAPS.

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas famílias dos pacientes com transtorno mental e usuários de álcool e drogas do CAPS Nova Mente, visando ao fortalecimento dos vínculos ao cuidado integral em saúde

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Caracterizar o CAPS Nova Mente, localizado no município de Petrolândia-PE, de acordo com o serviço ofertado, funcionamento, equipe profissional e clientela atendida;

3.2.2 Realizar oficinas com familiares e pacientes do CAPS Nova Mente, para identificar as demandas e sensibilizar os participantes quanto aos cuidados e à manutenção de vínculos durante todo o processo terapêutico;

3.2.3 Conhecer as relações familiares dos pacientes de saúde mental do CAPS Nova Mente/Petrolândia-PE e elaborar um plano de ação para oferecer suporte aos familiares, tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como também de falarem de si mesmos, enquanto pessoas, não somente enquanto cuidadores; contribuindo, assim,

# 4. REVISÃO DE LITERATURA

## 4.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao resgatar as formas de tratamento da loucura, constata-se que até o século XVIII as pessoas com transtorno mental ficavam em liberdade e, acreditava-se que o contato com a natureza era capaz de dissipar o erro e de anular as quimeras. A loucura não era institucionalizada a não ser nas manifestações tidas como perigosas e, era compreendida como uma forma de erro ou de ilusão (FOUCAULT, 2005).

O louco passou a ser excluído da sociedade na idade clássica com o surgimento do hospício, representado no caso do Brasil pelos porões das Santas Casas de Misericórdia que atendia à necessidade de retirar do convívio social aqueles que envergonhavam, os considerados vagabundos, leprosos, prostitutas, loucos, enfim, todos que ameaçavam a ordem e a segurança da sociedade. Pode-se dizer que a loucura não era entendida como campo teórico prático da disciplina psiquiatria, pois não existia a concepção de loucura como patologia (AMARANTE,1995).

Para compreender como se deu o processo de institucionalização da loucura é preciso reportar à função do hospital que, criado na Idade Média como instituição de caridade, após a Revolução Francesa passou por um longo processo de transformação sendo então considerado como instituição médica (AMARANTE, 2007). Desse modo, em meados do século XVIII, o hospício passou a constituir instituição específica de tutela e assistência. Assumindo a conotação do hospital moderno medicalizado, nele a loucura foi objetivada pelo poder científico da psiquiatria, respondendo, dessa maneira, às exigências da modernidade (AMARANTE, 1995).

As práticas assimilares de sequestro se tornaram terapêuticas quando o fenômeno da loucura passou a ser compreendido como desordem na maneira de ser e de sentir, sendo transformado em doença. Assim, se justificou a exclusão do indivíduo da sociedade sob o discurso de que determinado sujeito precisava ficar longe dos possíveis fatores desencadeantes de sua patologia. Destaca-se que os procedimentos efetuados nas instituições psiquiátricas eram orientados pelo desejo da medicina de se apropriar do poder-saber sobre a loucura, adotando o isolamento, o interrogatório, o tratamento moral e punitivo e a rígida disciplina (FOUCAULT, 2005).

Como objeção à prática de exclusão da pessoa em sofrimento psíquico, emergiu como reforma de tal sistema, na Alemanha, os hospitais colônias, que não conseguiram atingir os objetivos a que se propunham, de tratamento mais aberto e livre. Estes terminaram por reproduzir a lógica manicomial a que se opunham durante seu processo de estruturação (AMARANTE, 1995).

A pessoa com transtorno mental, historicamente foi vista como perigosa, como alguém que deveria permanecer isolada da sociedade, o que configura uma realidade de exclusão, negligência, abandono e perda da identidade. As críticas e o não conformismo com o tratamento que excluía e não considerava a subjetividade das pessoas em sofrimento mental não constituía preocupação recente, mas ganharam força no período pós II Guerra Mundial quando o manicômio foi comparado aos campos de concentração.

Em 1959, Maxweel Jones delimita na Inglaterra o termo comunidade terapêutica, criado por Main e Bion Reichman. A comunidade terapêutica adota um caráter de reformulação do espaço asilar, rompendo com a concepção de que o doente mental é alguém irrecuperável e perigoso para si e para a sociedade. Nas comunidades terapêuticas o paciente era envolvido na sua terapia e na dos demais por meio de reuniões participativas, de grupos de atividades e discussões (BASAGLIA, 1985; AMARANTE, 2007). Essa concepção de tratamento defende a horizontalização e a democratização das relações. Chama atenção para as condições precárias dos manicômios, vistos como responsáveis pelo aumento da cronificação das formas de existir, uma vez que tinham como norma, por meio do tratamento moral e punitivo, homogeneizar os comportamentos (AMARANTE, 1995).

Do mesmo modo, François Tosquelles criou na França, no período pós-guerra, a Psicoterapia Institucional, com o objetivo de operacionalizar mudanças dentro do hospital psiquiátrico. Para Tosqueles a instituição psiquiátrica era um instrumento efetivo no tratamento da loucura, mas considerava que no momento do pós-guerra seus intentos haviam-se perdido. Nela o que se presenciava era a negligência, a violência exercida sob as pessoas com o pretexto de cientificidade e legalidade, de recuperá-las e a repressão de suas ações (AMARANTE, 1995).

A psicoterapia institucional resgatou a importância do trabalho terapêutico como meio para a participação e para o exercício de responsabilidade dos internos; trouxe a noção de acolhimento e propôs a transversalidade, “o encontro e ao mesmo tempo o confronto dos papéis profissionais e institucionais com o intuito de problematizar as hierarquias e

hegemonias" (AMARANTE, 1995, p. 45). Este modelo considerava que não somente a pessoa com transtorno mental precisava ser tratada, mas a instituição como um todo, pois ~~esta~~ também apresentava características doentias. Destarte, não era possível tratar e recuperar esses sujeitos em uma estrutura também doente (AMARANTE, 1995).

A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional buscavam transformar a instituição psiquiátrica, pois acreditavam que o fracasso estava na forma de gerenciá-la. No entanto, as questões relacionadas ao social e a reinserção das pessoas com transtorno mental não foram objetos de preocupação em ambos os modelos (AMARANTE, 2007). A partir de 1960, também na França, foi incorporada à política nacional a psiquiatria de setor, que adotava os serviços comunitários como meio de dar continuidade ao tratamento da pessoa com transtorno mental fora da instituição psiquiátrica, visando à diminuição de novas internações e reinternações.

Os Centros de Saúde Mental foram distribuídos de acordo com o território e o contingente populacional pelas diversas regiões francesas. Do mesmo modo, seguindo as ideias de Lucien Bonnafé o hospital passou a ser organizado em enfermarias correspondentes a cada Centro de Saúde Mental, de modo que a mesma equipe multiprofissional acompanhasse o paciente tanto no hospital psiquiátrico quanto na comunidade, explorando os vínculos já estabelecidos. Surgia a noção da equipe multiprofissional e o tratamento deixava de ser exclusividade do psiquiatra (AMARANTE, 2007).

A psiquiatria de setor e a preventivista entendiam que o modelo hospitalocêntrico estava ultrapassado e deveria ser substituído por serviços assistenciais que qualificassem o cuidado em saúde mental. Com isso pretendiam diminuir a importância e necessidade do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007). As experiências da comunidade terapêutica, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, tinham por finalidade a reformulação do espaço asilar, a transformação da instituição psiquiátrica. Entretanto, a partir de 1960 surgiram dois movimentos que visavam a ruptura definitiva com o modelo biomédico, cartesiano, centrado na doença e na relação de poder entre o saber e a loucura - a antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria democrática na Itália (AMARANTE, 2007).

A antipsiquiatria teve início na Inglaterra na década de 60 do século XX e apresentava uma crítica insidiosa à hegemonia médica e o seu saber na relação com a loucura, denunciava as condições insalubres, a cronificação dos sujeitos, a violência nos espaços institucionais e propunha a ruptura radical com o manicômio. Defendia a ideia de que as

pessoas com transtorno mental sofriam violência e opressão não só da instituição, mas também da sociedade e da família. Desse modo, compreendiam que a loucura não estava no corpo ou na mente doente das pessoas, mas nas relações que estas estabeleciam com a sua família e a sociedade (AMARANTE, 2007). Esse modelo negava a doença mental como objeto de intervenção proposto pela psiquiatria e a considerava "uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social". Visto sob essa perspectiva não havia uma proposta de tratamento terapêutico, pois "permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência, esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior" (AMARANTE, 2007, p. 54).

A psiquiatria democrática difundida por Franco Basaglia a partir de 1960 se iniciou na Itália. Basaglia ao se deparar com a realidade do manicômio em Gorizia que continha grande contingente de internos vivendo em péssimas condições humanas e sustentadas por terapêuticas repressoras e de violência, como se pode perceber no relato de uma das internas: "nos amarravam um lençol molhado em volta do rosto, depois apertavam com toda a força e nos derramavam água no rosto, e a gente ficava como morto" (BASAGLIA, 1985, p. 19). Ele identificou a necessidade de transformar o hospital psiquiátrico em um espaço efetivo de tratamento e reabilitação (AMARANTE, 2007).

O espaço físico foi reformulado, bem como a maneira de pensar. Os pacientes, antes trancados em alas, passaram a ter direito de ir e vir dentro do hospital e participavam de atividades. Foram implantados os pressupostos da comunidade terapêutica, o tratamento acontecia de acordo com as necessidades individuais de cada sujeito, a camisa de força foi abolida. Enfim, a dinâmica foi transformada e as técnicas tidas como terapêuticas legitimadas pela exclusão e violência institucional foram banidas (BASAGLIA, 1985).

Em 1971, na cidade de Trieste, sustentados nos ideais de Gorizia, Franco Basaglia e parte de sua equipe iniciaram a completa desconstrução da lógica manicomial e de seus aparatos. Em resposta surgiram a construção de serviços comunitários de atenção à saúde mental que funcionavam 24 horas por dia, e atendiam a população de acordo com o território. Eram organizados serviços de emergência psiquiátrica, cooperativas de produção que mais tarde foram denominadas de empresas sociais que visavam o aumento do poder de contratualidade da pessoa com transtorno mental. Essas cooperativas se tornaram referência de trabalho para os ex-internos, que vítimas do preconceito e do rótulo de incapaz e improdutivo encontravam dificuldades de se inserir no mercado de trabalho (AMARANTE, 1995).

Propor novas formas de entender a loucura exige um novo objeto para a psiquiatria, não mais a doença na perspectiva da linearidade causa-efeito, mas a pessoa e sua relação com o social. O entendimento das questões relacionadas ao existir-sofrer propõe centrar as práticas na relação existência-sofrimento do indivíduo (AMARANTE, 2007; MELMAN, 2006).

Também se constata a inclusão da família e da sociedade no cuidado e nas discussões acerca da desinstitucionalização. Percebe-se dessa maneira que as críticas à institucionalização da pessoa em sofrimento psíquico não se iniciaram recentemente, mas insinuam o desejo de mudança ao longo da história, porém assume novas dimensões e perspectivas com a reforma psiquiátrica a partir da experiência italiana.

## 4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

O hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, primeiro manicômio brasileiro, abrigava mendigos, negros alforriados que vagavam pelas ruas da capital e os sujeitos que subvertiam as regras sociais. Com o intuito de construir um local específico para tratar a loucura ocorreu nas diversas regiões do país a construção de manicômios (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006; MORENO; ALENCASTRE, 2003). A função da instituição psiquiátrica era ser responsável por controlar e moldar os comportamentos por meio da vigilância, do controle, da disciplina e da violência institucional, o que pressupunha tratar indivíduos insanos, irresponsáveis e irrecuperáveis (AMARANTE, 2007).

No Brasil República, a dinâmica dos hospícios e da assistência em psiquiatria continuavam pautadas no restabelecimento da ordem, portanto os sujeitos que não atendiam a essa premissa deveriam ser levados às instituições asilares consideradas lugares mais adequados para a reprogramação das formas de existir. Essa conduta se reflete nos dias atuais quando nos deparamos com um contingente considerável de pacientes cronificados, residentes nos hospitais psiquiátricos, sem identidade, sem vínculo familiar e que não raras vezes, nunca tiveram um problema de ordem psiquiátrica (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Como se pode constatar, a assistência dispensada às pessoas em sofrimento psíquico no Brasil não era muito diferente daquela oferecida nos países da Europa, calcada na institucionalização. Evidenciava-se a necessidade de qualificação e transformações na assistência psiquiátrica (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Do mesmo modo como acontecia em outros países, os asilos espalhados pelo Brasil logo se tornaram superlotados. As

dificuldades em estabelecer limites entre o que é normal e anormal; a evidente função segregadora e de tutela exercida pelas instituições psiquiátricas e as constantes denúncias de maus-tratos aos internos contribuíram para o questionamento da credibilidade e resolutividade do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 2007).

Como tentativa de recuperar a função terapêutica da instituição psiquiátrica são incentivados após a proclamação da república, os projetos das colônias de alienados, modelo importado da Alemanha, construídas em grandes áreas agrícolas. Nas colônias, acreditava-se que "o trabalho seria o meio terapêutico mais precioso, que estimulava a vontade e a energia e consolidava a resistência cerebral tendendo fazer desaparecer os vestígios do delírio" (AMARANTE, 2007, p.39). Registra-se que a Colônia de Juquery, em São Paulo chegou a ter 16 mil internos. No entanto, as colônias logo se assemelharam ou se tornaram iguais aos hospitais psiquiátricos até então questionados (AMARANTE, 2007).

A situação lastimável de atenção à saúde mental no Brasil se agravou quando a assistência psiquiátrica foi incorporada à previdência social, visando aos interesses puramente econômicos. Crescia de forma assustadora o número de hospitais psiquiátricos privados, visto que a previdência contratava leitos particulares para a internação das pessoas com transtorno mental. No entanto, os hospitais não se mostravam resolutivos, os internos eram concebidos como agentes passivos, privados das necessidades humanas básicas, e cerceados nos seus direitos mais legítimos. Evidenciava-se uma verdadeira indústria da loucura (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

O ano de 1978 configurou um marco na reforma psiquiátrica brasileira, pois deu início a muitas denúncias e reivindicações vinculadas à imprensa e a documentos como abaixo assinados e cartas a autoridades de saúde. Nestes, figuravam exigências de melhores condições salariais, de atendimento, visto que faltava medicação e o número de profissionais era insuficiente para atender a demanda. Ainda, exigências de formação e capacitação de recursos humanos, críticas às instituições psiquiátricas e à política de saúde vigente que enfocava predominantemente a lógica biologicista no tratamento da pessoa com transtorno mental (AMARANTE, 1995).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e os temas discutidos abordavam a ampliação do conceito de saúde e a necessidade da participação popular na saúde mental. São recomendações desta Conferência que os profissionais da área se empenhem no desafio de repensar as formas de fazer nesse campo do conhecimento, que a sociedade se envolva nas

discussões, elaboração e implementação das políticas de saúde pertinentes à saúde mental e a priorização dos investimentos financeiros na formação de recursos humanos voltados ao atendimento da pessoa em sofrimento psíquico em serviços extra hospitalares comunitários (AMARANTE, 1995; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Diante dessas iniciativas, as novas políticas de atenção à saúde mental orientam a transição dos cuidados antes focados no hospital psiquiátrico para a comunidade, entretanto, a instituição psiquiátrica continua a fazer parte da rede de serviços disponíveis ao atendimento das pessoas com transtorno mental, principalmente, no momento de agudização dos sintomas psicóticos (RANDEMARK; BARROS, 2007).

# 5. MÉTODOS

## 5.1 TIPO DE ESTUDO, PERÍODO E POPULAÇÃO

Trata-se de uma Projeto de Intervenção (PI), no qual se pretende aprofundar no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, medidas e estatísticas, tendo como foco o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas às relações familiares do portador de transtorno .

Este projeto será realizado no CAPS Nova Mente, situado no município de Petrolândia-PE, formado por 4 profissionais de nível superior e 1 profissional de nível médio. O CAPS Nova Mente é referência para as 08 equipes de estratégia de saúde e a área PACS existente no município. Atualmente tem uma demanda aproximada de 156 pacientes, sendo 108 nos atendimentos em grupos (intensivo) e 48 pacientes nos atendimentos individuais (não intensivo). Para participar deste projeto a única exigência é ser familiar de algum portador de transtorno psíquico, que manifeste interesse no tratamento, atendimento individual e/ou grupos focais e também participe das oficinas.

Para Pontes (2009), nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas, e é importante ficar atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles ou como fica paralisado diante do momento vivido.

Será um grupo aberto, ou seja, não existe um número definido de participantes e nem um controle de frequência. Os encontros acontecerão no CAPS Nova Mente semanalmente, nas quartas-feiras à tarde, com duração de uma hora e cinquenta minutos. No início de cada encontro, será solicitado que cada participante diga seu nome, idade, ocupação e o nome do familiar sob sua responsabilidade, atendido no CAPS, e as intervenções que serão realizadas, nos momentos em que os partícipes desviarem da discussão dos temas propostos, serão verbais.

## 5.2 RESULTADOS ESPERADOS

Com do desenvolvimento do projeto, espera-se o fortalecimento dos vínculos afetivos dos usuários do CAPS e seus familiares, que haja uma maior interação dos familiares dos pacientes de saúde mental sobre a importância da família durante o tratamento terapêutico, como um suporte no que se trata dos cuidados básicos e essenciais ao paciente, fazendo com que a família dos pacientes de saúde mental conheçam melhor as patologias de seus familiares e que possam ser mais presentes durante o tratamento. Dessa forma, haverá possíveis contribuições para que os pacientes possam realmente ser compreendidos em sua totalidade, não apenas medicados, melhorando o cuidado integral ao usuário do CAPS.

## 5.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os familiares dos pacientes que aceitarem participar deste projeto assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no início das atividades do primeiro grupo focal, onde todos ficarão cientes de que se trata de um projeto de intervenção, qual a importância e quais os passos previstos; e que não receberão nenhuma forma de pagamento pela participação.

Os participantes serão também informados de que poderão desistir da participação, em qualquer momento, sem que essa desistência tenha qualquer interferência nas condições de tratamento de seu familiar; e todas as informações provenientes do projeto serão sigilosas e que os participantes não serão identificados nominalmente nos registros do projeto, resguardando-se a confidencialidade.

Os benefícios da proposta se supõem na melhoria da atenção integral aos usuários do CAPS, à medida que o envolvimento dos familiares a partir da orientação e da condução da equipe possibilitará mais conhecimento da importância dos vínculos familiares no processo terapêutico.

O projeto conta com a anuência do Sr. Secretário Municipal de Saúde e será submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio da Plataforma Brasil, em cumprimento da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa.

## 6. VIABILIDADE

| Operação do Projeto | Recurso Crítico | Ator que controla | Motivação | Ação Estratégica |
|---|---|---|---|---|
| Acolhimento, desenvolvimento interpessoal nas relações familiares de portadores de transtorno atendidos no CAPS Nova Mente | Financeiro: Fornecimento de Lanches para as oficinas.<br><br>Político: Fazê-los entender que o CAPS não é lugar apenas para pegar medicação, mas sim de tratamento e ressocialização. | Secretaria Municipal de Saúde de Petrolândia | Favorável | Apresentar o PI |

## 7. ORÇAMENTO ESTIMADO

| **Material** | **Quantidade** | **Valor individual** | **Total** |
|---|---|---|---|
| Convites | 100 | 0,80 | R$ 80,00 |
| Livro ata | 01 | 15,00 | R$ 15,00 |
| Lanche para as reuniões/oficinas (04 encontros) | 100 pessoas | 15,00 | R$ 1.500,00 |
| Material para as dinâmicas: | 30 | 0,80 | R$ 24,00 |
| Cartolina | 08 | 1,80 | R$ 14,40 |
| Lã | 10cx | 8,00 | R$ 80,00 |
| Lápis de cor | 01cx | 36,00 | R$ 36,00 |
| Grafite | 10 | 2,40 | R$ 24,00 |
| Cola | 10 | 4,00 | R$ 40,00 |
| **Total** | - | - | **R$ 1.813,40** |

## 8. CRONOGRAMA

| Atividade | Previsão | |
|---|---|---|
| | **Início** | **Término** |
| Elaboração do projeto de intervenção | Fevereiro - 2017 | Outubro - 2017 |
| Convidar os familiares responsáveis pelos usuários do CAPS Nova Mente a participarem do primeiro encontro do grupo focal intitulado “Ser cuidador: desafios, expectativas e estratégias”, para apresentação o projeto a todos | Janeiro - 2018 | Fevereiro - 2018 |
| Realizar a palestra: “A Importância da Relação Familiar no Tratamento dos Pacientes de Saúde Mental” | Fevereiro - 2018 | Fevereiro - 2018 |
| Realização das oficinas de fortalecimento de vínculo familiar | Fevereiro - 2018 | Julho - 2018 |
| Encerramento das oficinas com um grande encontro de pacientes e familiares | Agosto - 2018 | Agosto - 2018 |

## 9. FINANCIAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde de Petrolândia/PE garante apoiar a execução do projeto de intervenção.

**REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELTRAME, G. R.; BOTTOLI, C. **Retratos do envolvimento paterno na atualidade**. *Barbarói.* Santa Cruz do Sul, n. 32, p.205-226, jan./jul., 2010. Disponível em:

<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1380/1091> Acesso em: 10 jun.2010.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, v. 25, n.58, p.12-25, 2001.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRAGA, M.N.O.; SOUZA, A.M.A.; BRAGA, V.A.B.. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paul Enferm**. 2006; 19: 201-11.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

MELMAN, J. **Família e doença mental**. 2a ed. São Paulo: Escrituras; 2006.

MORENO V.; ALENCASTRE M.B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev esc enferm** USP. 2003; 37: 43-50.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos. 2005; 12: 983-1010.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RANDEMARK, N.F.R.; BARROS, S. A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.11, n.1, p.11-8, 2007.