

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANA CLÁUDIA DE SOUZA LIMA**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A  
PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA**

**FLORIANÓPOLIS - SC**

**Maio - 2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANA CLÁUDIA DE SOUZA LIMA**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA**

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

**Coordenador do Curso:** Profa. Dra. Vânia Marli S. Backes.

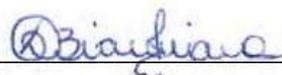
**Profa. Orientadora:** Bianca Cristina Ciccone Giacon

FLORIANÓPOLIS - SC

**Maio - 2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA** de autoria do aluno **ANA CLÁUDIA DE SOUZA LIMA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – **Em Atenção Psicossocial**.



---

**Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giaccon**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
Maio – 2014

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter me dado dons e tudo mais o suficiente para que eu pudesse chegar a este estágio. Sei que “tudo posso naquele que me fortalece”.

Aos meus pais e ao meu irmão, a quem devo parte do que tenho e do que sou, agradeço a dedicação e amor recebidos sempre.

A professora Bianca Giacon, pela oportunidade, orientação e incentivo.

Enfim, aos amigos e a todos aqueles que colaboram direta ou indiretamente para que este trabalho acontecesse. Àqueles que acreditaram em mim, muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>02</b>
<b>3 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....</b>	<b>03</b>
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>5 RESULTADO E DISCURSÕES.....</b>	<b>06</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>08</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>09</b>

## RESUMO

Um novo olhar à psiquiatria se iniciava subsidiada principalmente pelo conceito da desinstitucionalização. Esse novo olhar expressava a necessidade do processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas baseadas no modelo biomédico e hospitalar, para a construção de novos saberes sobre os transtornos mentais e as intervenções e assistência ao adoecido. Nesse contexto, é instituído e regulamentado a implantação e organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com esse novo modelo de cuidado, a família é apontada como parceira no cuidado ao portador de transtorno mental. Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo descrever, a partir de um relato de experiência, a importância da participação da família no tratamento e cuidado a portadores de transtornos mentais no contexto do CAPS. O relato será apresentado através da experiência vivenciada em um CAPS I, situado no município de Muritiba, Estado da Bahia. Observa-se na rotina do CAPS I que o início do tratamento de seus pacientes não é muito fácil, sendo visível a necessidade de apoio nessa fase. No entanto, nos casos em que a família participa ativamente do tratamento de seu doente, este responde de maneira positiva, como, por exemplo, com a adesão adequada do tratamento. O importante papel da família é reforçado, principalmente com o apoio, o cuidado e, o elo de ligação entre os profissionais de saúde e o familiar doente. Portanto, a participação da família pode contribuir para o aumento da adesão ao tratamento, redução das crises e a reinserção desses portadores de transtornos na comunidade.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência prestada aos portadores de transtornos mentais antes da Reforma Psiquiátrica era baseada no maltrato, descaso, abandono e violação dos direitos humanos fundamentais. Na década de 70 iniciou-se o processo de Reforma Sanitária e com ele o início dos questionamentos sobre o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, principalmente pelos movimentos sociais que defendiam os direitos dos pacientes psiquiátricos (AMARANTES, 1995).

Paralelo a esses acontecimentos, mudanças políticas estavam ocorrendo no Brasil, como a construção de uma nova Constituição Federal, a qual traz como uma de suas propostas, a concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado. E, é nesse contexto social, político e econômico que as políticas governamentais começam a reconhecer as limitações e falência do modelo hospitalocêntrico. Nesse momento é iniciada a Reforma Psiquiátrica, a qual propõe a mudança da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais (SILVA, 2006).

De acordo com Silva (2006), um novo olhar à psiquiatria se iniciava subsidiada principalmente pelo conceito da desinstitucionalização. Esse novo olhar expressava a necessidade do processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas baseadas no modelo biomédico e hospitalar, para a construção de novos saberes sobre os transtornos mentais e as intervenções e assistência ao adoecido (SILVA, 2006).

Na década de 90, iniciou-se o processo de consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica, dentre elas a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Lares de Abrigado, entre outros, embora algumas experiências já fossem iniciadas desde a década de 80 (VENÂNCIO, 1990). Nesse contexto, o Ministério da Saúde, a partir da portaria 224 de janeiro de 1992, institui e regulamenta a implantação e organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 1992).

Os CAPS apresentam como sua proposta de funcionamento a oferta de atendimentos individuais e grupais (atividades socioterapêuticas, grupo operativo, psicoterapia e etc.), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, dando ênfase na inserção dos portadores de transtorno mental na comunidade e na sociedade (BRASIL, 1994).

A substituição do modelo asilar e a criação de um novo modelo de assistência em psiquiatria culmina na reinserção da família e da comunidade no cuidado ao indivíduo portador de transtorno mental. Neste contexto, a família representa um núcleo de integração do ser humano, o qual deve ser dado a sua devida importância no cuidado em saúde mental, como forma de inclusão e participação nos processos de reabilitação (SILVA, 2006).

Nesse novo modelo de cuidado, a família é apontada como parceira no cuidado ao portador de transtorno mental. Porém, deve-se considerar o que essa nova realidade gera a esses indivíduos. Segundo Fernandes et al. (1999), muitos familiares acabam se isolando, devido ao estigma e o preconceito existente na sociedade, tornando suas vidas mergulhadas em torno do adoecimento de seu familiar. E para Manzolli (1996), a família assume o papel de proteger o doente principalmente com relação ao estigma, oferecendo acolhimento e suporte nos momentos de crise.

Desta maneira, considerando o que é apresentado na literatura e em nossa experiência profissional, é possível perceber a importância da família no cuidado e tratamento do portador de transtorno mental. Observa-se que, quando a família acompanha o tratamento e as atividades desenvolvidas no CAPS, o vínculo familiar é estimulado, bem como, a reinserção desses portadores de transtornos mentais na comunidade. Diante do exposto, propõem-se a apresentação de um relato de experiência, considerando a experiência da família no tratamento de seu familiar doente.

## **2. OBJETIVO**

Descrever, a partir de um relato de experiência, a importância da participação da família no tratamento e cuidado a portadores de transtornos mentais no contexto do CAPS.

### 3. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O relato será apresentado através da experiência vivenciada no município de Muritiba, Estado da Bahia. A cidade está localizada no Recôncavo Baiano, e apresenta população estimada de 30.635 habitantes de acordo com o último censo realizado em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA).

O local apresenta uma rede de serviços de saúde que conta com nove Unidades de Saúde da Família; um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); um Centro Municipal de Especialidade (CME) com atendimento de seis especialistas (Angiologista, ginecologista, obstetra, ultrassonografista, pediatra e nutricionista); um CAPS I; uma base do SAMU contendo uma ambulância de suporte básico e um Hospital Municipal de Pequeno Porte, que possui 30 leitos tendo dois destes leitos destinados a pacientes psiquiátricos. As Unidades de Saúde da Família atendem uma população cadastrada de 28.485 usuários e destes, 1.324 fazem acompanhamento no CAPS I, tendo a depressão, esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar como diagnósticos mais frequentes.

O CAPS I – “Castro Alves”, possui uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, médico em saúde mental, psicólogo, artesão e terapeuta ocupacional. Dentre as atividades oferecidas aos usuários estão às consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimento com psicólogo, visitas domiciliar com a equipe multiprofissional, grupos terapêuticos para os doentes e seus familiares, oficinas de artesanato e pintura, oficina de horta, musicoterapia entre outras atividades artísticas e lúdicas. Durante o desenvolvimento das oficinas é estimulada a participação dos familiares juntamente com os usuários, reforçando assim o vínculo entre o doente, a família e os profissionais de saúde.

No CAPS são realizadas ainda, assembleias com diferentes famílias de pacientes que fazem o acompanhamento no serviço. O espaço possibilita o compartilhamento de experiências entre eles.

Observa-se na rotina do CAPS I que o início do tratamento de seus pacientes não é muito fácil, sendo visível a necessidade de apoio nessa fase. No entanto, nos casos em que a família participa ativamente do tratamento de seu doente, este responde de maneira positiva, como, por exemplo, com a adesão adequada do tratamento.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na antiguidade a loucura era entendida como produto da força e dos conflitos humanos, que resultavam na imposição divina, ou da ilusão, ou até do erro relativo à percepção do mundo. Ou seja, poderia ser explicada como a função do indivíduo no mundo, o seu modo de viver (FOUCAULT, 1999). Ainda segundo o mesmo autor, em registros da Idade Média, é possível observar tentativas de relacionar episódios de loucura com possessão demoníaca. A prática do internamento se dá no começo do século XIX, quando a loucura deixa de ser erro ou ilusão e passa a ser considerado um desvio de conduta, que deve ser corrigido (FOUCAULT, 1999). Dessa forma, locais que serviam para segregar doentes vítimas da peste e leprosos, foram utilizados também para separar indivíduos que eram vistos como uma ameaça à sociedade.

Galli (1986) definiu Saúde Mental como “um estado de relativo equilíbrio e integração entre os elementos conflitivos constitutivos do sujeito, da cultura e dos grupos com crises previsíveis e imprevisíveis, registrada objetiva e subjetivamente, no qual as pessoas ou grupos participam ativamente em suas próprias mudanças e nas do contexto social”.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início na década de 70 do século passado e fez parte do movimento sanitário, com os objetivos de modificar os modelos de atenção e gestão na assistência de saúde, dando ênfase na saúde coletiva (BRASIL, 2005). No entanto, apenas no ano de 2001 é aprovada a lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. É a partir da lei nº 10.216 de 2001, então, que a Reforma Psiquiátrica teve a sua consolidação como política de governo, conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial seu papel estratégico para a mudança do modelo assistencial (BRASIL, 2001).

Diante deste cenário, Waidman (1999) aponta em seus estudos que a família é fundamental na manutenção do portador de transtorno mental fora da instituição psiquiátrica. Todavia, essa transição deve acontecer com o apoio de profissionais da área da saúde mental, oferecendo estratégias para que as famílias possam lidar com o doente no convívio diário (Waidman, 1999). Diferente da situação apresentada no passado, que a família era vista pelos profissionais de saúde como causadora da doença mental e não como aliada para a recuperação do doente institucionalizado.

Segundo Pereira (2002), a criação de laços de amizade, a inserção cultural, a interação das pessoas na sociedade, comunidade e trabalho/estudo, compõem as importantes bases de apoio aos portadores de transtornos mentais e sua família em momentos de crise.

A família é parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário. A atenção psicossocial, em conjunto com as famílias ativas, contribuirão para a reinserção social do portador de transtorno mental e para a promoção da saúde no seio familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o dia-dia (MIELKE et al. 2010).

Navarini e Hirdes (2008) dizem que os familiares conseguem apresentar menos apreensão e até mesmo desempenhar o cuidado com melhor qualidade ao portador de transtorno mental, quando frequentam as reuniões onde cada cuidador expressa seus anseios e a melhor forma de contorná-las, realizando a troca de experiências, dúvidas e recebendo orientações, não só sobre os cuidados, mas também sobre os tipos de assistência que existem para serem prestados em casa, no momento em que se fizerem necessários.

As atividades realizadas nos CAPS incluem o cuidado às famílias dos usuários e estão engajadas com a inserção social do mesmo. Para o desenvolvimento das práticas, a reabilitação se utiliza de aspectos relacionais e dialógicos entre outros, acolhimento, escuta e vínculo. Nesses aspectos estão pautadas as ações desenvolvidas nos serviços de saúde mental (MIELKE et al., 2011).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com nossa vivência de trabalho no CAPS I, as atividades lúdicas e em grupo chamam bastante atenção dos portadores de transtorno mental. E é nesse momento que fortalecemos o vínculo entre profissionais e os usuários. Ao introduzir a família nessas atividades além de estimular a adesão da mesma no acompanhamento de seus doentes, são proporcionados momentos de ajuda, apoio e incentivo a esses familiares com relação às dúvidas e questionamentos sobre o cuidado do doente e a sua doença.

Dessa forma, a família é a responsável em realizar a ponte de informações entre o usuário e a equipe de saúde. Com a inclusão da família na discussão do tratamento e coleta de dados sobre a evolução deste tratamento fortalece o conhecimento sobre a doença. Conseqüentemente, a parceria com os serviços de saúde e orientação oferecida, a família passa a estar mais confiante e segura para ajudar no acompanhamento de seu doente.

Segundo Mielke, et al. (2010), relata que é fundamental que o profissional de saúde entenda o acolhimento como a demonstração de atitudes que o trabalhador em saúde pode desenvolver para atender às necessidades dos familiares. Sendo assim, a sinceridade, cumplicidade, afetividade, confiança e responsabilização devem ser os instrumentos de trabalho em saúde eficazes no acolhimento do doente e sua família, além de, promover o fortalecimento e apoio nas relações com os familiares.

Porém, apesar de todo o esforço direcionado à participação dos familiares nas atividades dos serviços, estes apresentam resistência à adesão nas atividades, pois, não aceitam o transtorno mental do familiar. Somado a isto, as barreiras demográficas, como, por exemplo, é observado nos casos de indivíduos que residem na zona rural. A esses usuários e familiares temos que ter um olhar diferenciado e a utilização de buscas ativas para que não ocorra o abandono do tratamento dos mesmos.

A busca ativa é realizada através da visita domiciliar por dois ou mais profissionais de saúde, dependendo da necessidade demandada pelo indivíduo, a fim de investigar o motivo do abandono e as dificuldades encontradas pelo familiar e usuário na continuidade do tratamento. As visitas domiciliares também são realizadas a acamados, idosos com dificuldade de locomoção e

todos os portadores de transtornos mentais em crise que impossibilite o transporte do mesmo sem gerar risco a sociedade e a se mesmo.

Apesar da doença mental ser reconhecida há algumas décadas, esta ainda tem os seus estigmas e não só o portador de transtorno mental, mas também, suas famílias (FERNANDES, et al. 1999). E isso é relatado nas experiências que ouvimos durante as atividades em grupos das famílias que são realizadas no CAPS.

Além das atividades em grupo, também é realizado os atendimentos individuais aos portadores de transtornos mentais com a equipe multiprofissional, estando presentes em algumas dessas consultas os familiares para poderem estar a par de todo o tratamento. Porém quando se faz necessário os familiares também são encaminhados às consultas individuais com esses profissionais.

Os profissionais de saúde empenham-se para realizar o cuidado e o apoio necessário, estimulando a família a assumir o seu papel de cuidador ao portador de transtorno mental e criar o vínculo de confiança para garantir a manutenção do tratamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica teve como principal criação o CAPS, que é o centro de tratamento e apoio aos portadores de transtornos mentais. O cuidado no serviço tem como foco o estímulo a ressocialização dos portadores de transtornos e também da sua família.

Apesar das atividades voltadas para integração social, ainda são poucas as atividades realizadas extramuros com os usuários. Mas, deveria haver mais atividades utilizadas na estratégia de ressocialização, não sendo envolvidos apenas os usuários mais também as famílias.

Dessa forma, conclui-se que a família é peça importante no acompanhamento e apoio ao familiar doente. E atua também como importante elo entre o profissional de saúde e o indivíduo com transtorno mental, contribuindo para o maior sucesso d tratamento.

## REFERÊNCIAS

AMARANTES, P. **Algumas Notas Sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na Assistência Psiquiátrica**. Revista da Terapia Ocupacional, USP.

Brasil. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental – n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações. Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União. Presidente da República.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

\_\_\_\_\_, 1994. **Plano Diretor de Reforma do Estado**. Presidente da República. Câmara da Reforma do Estado.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no sistema Único de Saúde (SUS): os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERNANDES, M. I. e ET. AL. **Fim do Século: ainda manicômios?**. São Paulo: IPUSP, 1999.

FOUCAULT, M. **Historia da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Acessado em 08/05/2014: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292230&search=bahia|muritiba>

KOGA, M. **Convivência com as pessoas esquizofrênicas: sobrecarga familiar**. Ribeirão Preto, 1997, Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MARZOLLI, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MIELKE FB e et al. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2010 out/dez; 12(4): 761-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

MIELKE FB e et al. **Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais**. Trab. educ. saúde (Online) vol.9 nº 2 Rio de Janeiro July/Oct. 2011.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, S. M. C. **Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS.** Tese de Mestrado em Enfermagem. Santa Catarina, USFC, 2006.

VENÂNCIO, Joaquim. **Texto de Apoio em Saúde Mental.** Rio de Janeiro: 1990.

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