

LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

ANA CAROLINA MOTA DA SILVA COELHO
CAROLINE NUNES FABRICIO

SUPOORTE PSICOSSOCIAL FAMILIAR NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TUMTUM-MA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO



São Luís

2009

**ANA CAROLINA MOTA DA SILVA COELHO
CAROLINE NUNES FABRICIO**

**SUPORTE PSICOSSOCIAL FAMILIAR NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TUMTUM-MA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da LABORÓ-Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof^ª. Mestre Janete Valois
Ferreira Serra

São Luís

2009

**ANA CAROLINA MOTA DA SILVA COELHO
CAROLINE NUNES FABRICIO**

**SUPORTE PSICOSSOCIAL FAMILIAR NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TUMTUM-MA:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da LABORO-Excelência em Pós- Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Janete Valois Ferreira Serra (orientadora)

Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Prof^a Rosemary Ribeiro Lindholm

Mestre em Enfermagem pediátrica pela universidade de São Paulo- USP

A Deus, fonte de sabedoria. Aos nossos Pais, razões de nossa existência e aos que amamos e contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar os meus caminhos, estando sempre presente a todos os momentos;

Ao meu amado esposo, Daniel, que soube compreender, incentivar e ter paciência em todos os momentos, com dedicação e amor e por entender que muitas vezes abdicamos do seu convívio, em prol da nossa meta;

Ao Daniel Filho, meu maior presente de Deus. O olhar dele me faz ser uma pessoa melhor, através do amor que sinto tornei-me resiliente;

Aos meus pais, que com dedicação e amor me ensinaram a viver com caráter e dignidade, me educaram para que eu pudesse tornar-me uma guerreira e em momento algum deixaram que fraquejasse.

À prof^a Janete Valois Ferreira Serra, por desempenhar com dedicação sua função, pela garra e amor com que preza a Saúde Mental.

À minha amiga Caroline Fabrício, por estarmos sempre juntas questionando a importância da nossa profissão no Centro de Atenção Psicossocial.

Ana Carolina Mota da Silva

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora, pela presença constante em minha vida, fontes de vida e fé que iluminam meus caminhos e me fortalecem.

À minha família, fonte de sabedoria, amor, luta e conquista que me deram a oportunidade de realizar mais uma meta, seguida de sacrifício e incentivo sempre.

Às minhas amigas Lunna, Fernanda, Vanessa e Skarletty pelo apoio, incentivo, pelas palavras de perseverança e esperança nos meus momentos mais difíceis.

À Janete Valois Ferreira Serra, minha orientadora, pela paciência, dedicação, apoio, críticas e incentivo para realização deste trabalho.

À minha amiga e colega de profissão Ana Carolina, parceira na elaboração deste trabalho pelo empenho e por ter compartilhado sua experiência profissional me estimulando a enfrentar as dificuldades e ter fé na nossa Profissão.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram e contribuíram para a concretização de mais uma conquista em nossas vidas.

Caroline Nunes Fabrício

RESUMO

Este estudo pretende mostrar a importância da atuação da Equipe Multidisciplinar no Centro de Atenção Psicossocial, desenvolvendo ações educativas e terapêuticas junto à família, com o objetivo de formular um projeto de intervenção para fornecer suporte psicossocial aos familiares dos pacientes com transtorno de esquizofrenia atendidos na modalidade de tratamento intensivo no Centro de Atenção Psicossocial de Tuntum – MA, localizado à Rua Grande Oriente S/N, no bairro Tuntum de Cima. A análise de dados ocorrerá a partir da obtenção de dados a partir de três etapas: O perfil do usuário; o perfil da família e características da equipe Multidisciplinar. A amostra constitui-se de 08 (oito) famílias de pacientes com ambos os sexos, usuários da modalidade intensiva com a patologia de esquizofrenia. Para se chegar às famílias foi realizada inicialmente uma visita aos seus domicílios, para se adequar nos critérios do estudo. Os instrumentos utilizados para coleta de dados, foram entrevista com o responsável dos pacientes, sobre os dados dos pacientes, e posteriormente a entrevista com a família observando a situação sócio-econômica, tendo uma visão holística e vendo a integração deles no tratamento. Constatou-se que este serviço busca a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos, e esclarecimentos centrados na conscientização da família sobre a doença, seus riscos, o tratamento e a necessidade e importância da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Família; Atenção Psicossocial; Equipe Multidisciplinar.

ABSTRACT

This study aims to show the importance of intervention by the multidisciplinary team at the Center for Psychosocial Care, increasing educational and therapeutic actions with the family, aimed at formulating an intervention project to provide psychosocial support to family members of patients with schizophrenia treated in the mode intensive care at the Center for Psychosocial Care of Tuntum - MA, located to the grande oriente street, in the neighborhood of tuntum de cima. The analysis of data occurs from obtaining data from three stages: The profile of the user, the profile of the family and characteristics of the multidisciplinary team. The sample consisted of 08 (eight) families of patients with both sexes, with patients intensive with pathology of schizophrenia. To reach the families was initially made a visit to their homes, to fit in the proposed study. The instruments used for data collection were interviews with the responsible of the patients, firstly the sheet of the patients (Annex 1) and after the interview with the family (Annex 2) with a socio-economic situation, taking a holistic view and seeing at the integration of them in treatment. It was found that this search service seeks the reinclusion of people with psychological distress in the family, community and productive life through the restoration of self-esteem and restructuring of links, and informations focused on awareness of the family about the disease, its risks, treatment, the need and importance of the multidisciplinary team.

Key-word: Family, Psychosocial Care, Multidisciplinary Team.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFORMA PSIQUIÁTRICA	11
2.1 Contexto histórico	11
2.2 Reforma psiquiátrica no Brasil	13
3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
3.1 Centros de Atenção Psicossocial	15
3.2 A Família	17
4 ESTRATÉGIA	20
4.1 Análise situacional	20
4.2 Análise situacional do Público	24
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
REFERENCIAS	33
APENDICE	35

1. INTRODUÇÃO

A psiquiatria traz ao longo de sua história alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental, assim como a Revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia e desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico. Foi caracterizada por intervenção terapêutica que utilizava métodos inadequados, (se visto na nossa visão atual) que foram substituídos com o passar dos anos a partir de novas idéias de melhorar o atendimento e acompanhamento ao doente mental (FORMAGGI et al; 2000).

Em 1960 o italiano Franco Basaglia iniciava na Europa um movimento para repensar o tratamento dado a pacientes psiquiátricos, no qual questionava a forma autoritária e pouco humana como pessoas com transtornos mentais eram tratadas, mantidas isoladas e sob condições que acabavam por anular sua individualidade. Desde a antiguidade, os portadores de transtornos mentais passaram de “assessores divinos” para pessoas com mentes e “espíritos possuídos” e assim sofriam discriminações, punições, sangrias, trepanações, purgações e exorcismo (BARROSO; ABREU; BEZERRA, IBIAPINA; BRITO, 2004).

Então, partindo-se deste contexto, iniciou-se a idéia de Reforma Psiquiátrica, um movimento sociopolítico que ocorre no âmbito da saúde pública e que no Brasil ganhou força na década de 70 e atualmente se traduz nas demandas do movimento antimanicomial e nas vitórias que as pessoas e instituições ligadas ao tema já obtiveram (BRASIL, 2005).

A partir da Reforma Psiquiátrica, transformações ocorreram com base na construção de atendimento em concordância aos pressupostos do movimento da desinstitucionalização, doutrinas e filosofia da política de saúde, envolvendo contextos hospitalares e a atenção às pessoas com transtornos mentais, preconizando o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por uma rede de serviços de saúde mental voltada a prevenir recaídas e reabilitar doentes com dificuldades de relacionamento social, familiar e laboral, prevendo a desinstitucionalização.

Para AMARANTE (1995) a desinstitucionalização é definida como:

Tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser exclusão [...] para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade.

No Brasil, a desinstitucionalização consiste em um termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos, entre os quais, o de representar a negação do asilo como tratamento e sua substituição por novas práticas que realçassem a participação efetiva das famílias e de dispositivos comunitários na assistência ao doente mental como forma inclusiva, atuando com o intuito de preconizar a diminuição dos leitos hospitalares, preocupando-se com a reconstituição das pessoas, enquanto indivíduos que sofrem como sujeitos (ROTELLI, 2001).

Esse novo modelo de atenção ao doente mental surgiu a partir da necessidade da criação de novas alternativas de assistência que é fortalecida com o surgimento do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, no qual dá-se início aos movimentos sociais, priorizando o sistema extra-hospitalar, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a implantação de recursos assistenciais alternativos (BRASIL, 2002).

A partir desse momento, essa rede de atenção à saúde mental experimenta uma importante expansão através da Lei nº 10216 – de 06 de abril de 2001, a Lei Paulo Delgado, que redireciona a assistência em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais com finalidade de reinserção social do paciente em seu meio; a Lei nº 10.708 – De 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência. (BRASIL, 2002) e de outras mais.

O SUS é um Sistema Único de Saúde que surgiu para que a população brasileira tivesse acesso ao atendimento público de saúde. Seus programas constituíram-se numa gama de alternativas de atenção psicossocial do indivíduo, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial, que são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, a estimular sua integração social e familiar, a apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento direcionado aos seus aspectos biopsicossociais (GAMA; RAMOS; CÂMARA, 2007).

Uma das características principais desses Centros de Atenção Psicossocial, é buscar integrar as pessoas com transtorno mentais a um ambiente social e cultural concreto, de um determinado “território”; o mesmo é considerado o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Juntamente à equipe profissional que atua neste local, a família exerce um importante papel, onde cabe a ela, atuar diretamente no tratamento proposto, relatando suas vivências, tirando suas

dúvidas, obtendo um maior conhecimento sobre patologias e características que envolvam os transtornos, participando da criação de novos programas e equipamentos de saúde e política, preconizando uma melhor qualidade de vida para o usuário, para a família e para a sociedade (BRASIL, 2004).

Partindo das transformações ocorridas nesta atual política de saúde mental, que visa a canalização do trabalho terapêutico no intuito de enriquecer a existência global, complexa e concreta dessas pessoas; e através da experiência vivenciada no CAPS I, no município de Tuntum no estado do Maranhão, local onde se observou através da prática, que as famílias em sua maioria, desenvolvem crenças a respeito dos resultados identificados pelo saber psiquiátrico, responsabilizando a cura do paciente apenas no trabalho realizado pela a equipe multidisciplinar, tornando-se passivos diante de todo tratamento, percebe-se a necessidade de uma abordagem que inclua uma atenção diferenciada.

A partir de tal observação, surge o interesse em criar um programa voltado ao atendimento específico de forma a incluir a família no atendimento realizado pela equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial, levando-se em consideração o que propõem as políticas públicas atuais e programas voltados à humanização promovendo alternativas de atenção no atendimento para melhorar as condições de vida das pessoas com transtornos no contexto familiar, social e pessoal.

Isto nos despertou a busca de alternativas passando-se a se preocupar com a saúde mental do indivíduo e sua família, criando meios de intervenção estimulando a prevenção, tratamento e reabilitação como forma de amenizar os problemas e assistir efetivamente as pessoas com doença mental, quebrando preconceitos e oferecendo perspectivas de recuperação através do modelo psicossocial.

O objetivo do presente trabalho é formular um projeto de intervenção para fornecer suporte psicossocial aos familiares dos pacientes com transtorno de esquizofrenia atendido, na modalidade de tratamento intensivo, no Centro de Atenção Psicossocial de Tuntum – MA.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 Contexto Histórico

Considera-se importante neste trabalho, uma breve referência à história da psiquiatria pela sua importância e influência nos resultados de trabalhos de reabilitação do doente mental, e que, com a reforma vem transformando as práticas de assistência considerando práticas e contextos em que vivem esses sujeitos à luz das novas idéias alicerçados na proposta de Franco Basaglia.

Na história da humanidade, as primeiras referências a distúrbios mentais aparecem em escritos da Antiguidade, produzidos no Egito, Índia, China, Grécia e Roma. Segundo Oliveira (1998, p.23),

a atitude humanitária desenvolvida atualmente pela Psiquiatria Social pode ser encontrada também na Grécia de 860 a.C., quando os sacerdotes gregos completavam os encantamentos destinados aos mentalmente perturbados com recomendações de que eles fossem tratados com bondade e com sugestões de que lhes fossem proporcionadas atividades físicas.

Nos tempos pré-históricos as pessoas com distúrbios eram atendidas em rituais tribais ou abandonadas à própria sorte, e no final da Antiguidade, sob a influência do cristianismo, os loucos receberam um tratamento piedoso, onde os mais comprometidos eram flagelados, acorrentados, escoraçados e queimados (AMARAL, 2005).

Durante a Idade Média, Heidrich (2007) coloca que a loucura era entendida como uma experiência trágica, onde não era atribuída a ela uma questão moral, de conduta, de certo e errado, onde as pessoas que apresentavam sofrimento mental permaneciam excluídas da sociedade. Em Paris, durante este período, inicia uma grande criação, o Hospital Geral de Paris, em 1656, que foi denominado como um grande fenômeno de internação, visando recolher os que viviam às margens, como os pobres e loucos, onde a internação não tinha nenhum fim médico (FOUCAULT apud HEIDRICH, 2007). Desde então, a internação espalhou-se em grande proporção pela Europa e EUA alcançando vários países como a Alemanha, Inglaterra e Escócia (AMARANTE, 2003 apud HEIDRICH, 2007).

Na idade Moderna, a partir do Século XVIII, como coloca Amaral (2005) ocorreram transformações sociais, políticas e econômicas caracterizadas pela Revolução

Francesa e Industrial, onde a necessidade de aproveitamento da mão de obra para a produção, apontou a necessidade de excluir todos aqueles que não pudessem produzir. Não só os loucos, mas os velhos, nobres decadentes e esbanjadores, recolhendo-os nas casas de internação. Possuíam o objetivo de “limpar a sociedade”.

Na metade do Século, Pinel traz status científico ao tratamento da loucura. A ideologia da época era tratamento para a reeducação para o trabalho, sendo influenciado pelas idéias do iluminismo e a Declaração dos Direitos Humanos. Estas idéias presentes no final do século XVIII contribuíram para o crescimento de protestos e denúncias contra as internações arbitrárias dos insanos, dando início a uma abordagem mais humana do doente mental (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001 apud AMARAL, 2005). A visão médica se reduz a um sistema epistemológico das ciências naturais originando o Hospital como espaço médico, onde a loucura torna-se verdade médica, criando distinção entre o louco e outros marginais.

Surge neste período, o Tratamento Moral, defendido por Pinel com o objetivo de libertar os loucos de suas correntes e inserí-los definitivamente no universo dos enfermos através da criação de clínicas que passaram a promover melhores condições de tratamento incluindo uma nova percepção e consideração, além da importância do cuidado, apoio e a necessidade de remédios (BIRMAN, 1978 p. 2 apud HEIDRICH 2007).

Perante a todas essas transformações, deu-se a Reforma Psiquiátrica, que Conforme Amarante, 2003 apud HEIDRICH (2007), veio decorrente da desinstitucionalização surgida nos EUA em decorrência do Governo Kennedy, entendida assim por:

Inspirar-se no paradigma psiquiátrico tradicional, assumindo a validade de seus princípios, e partindo do pressuposto de que a Reforma implica correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa.

A proposta de Reforma baseia-se na avaliação de que a forma como a assistência ao doente mental não está sendo eficaz (AMARAL, 2005). Sucedendo a este período, Pós 2ª Guerra no Século XX, é que as críticas diante das denúncias de maus tratos e desumanidade dos manicômios cresceram e impuseram mudanças, “reformas” com a transformação de hospitais, levando à aplicação correta das técnicas psiquiátricas ou seu arranjo e condução administrativa, sobretudo na década de 40 (HEIDRICH, 2007).

Com a queda do Antigo Regime e o nascimento do processo de Institucionalização, surge uma nova sensibilidade social marcada pelas novas alternativas criadas e que se desenvolveu em vários países, dentre eles, a Europa, que por volta da década de 60 promoveu a antipsiquiatria, contrapondo-se à concepção clássica de loucura como doença. Este modelo propõe a superação gradual de internação nos manicômios através da criação de serviços da comunidade, utilizando como meios, a prevenção e a reabilitação, renovando a capacidade terapêutica da psiquiatria. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Então, firma-se o processo de desinstitucionalização, com uma nova visão sobre o louco buscando soluções técnicas, práticas e dinâmicas do sujeito.

Para ROSE, (apud Rotelli; Leonardis; Maur (2001) “A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma transinstitucionalização”.

Frente a este tema, surgem novas formas de tratamento se expandindo por todo o mundo.

2.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve origem no ano de 1978, com o surgimento do movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental contra as más condições e péssimas estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos. O objetivo deste movimento era lutar por novos direitos e legislações que garantissem tais direitos. A Promulgação da Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais é a grande conquista deste movimento. (BRASIL, 2001 apud HEIDRICH, 2007).

Os argumentos de RÊGO; MENESES (2006) tornam claro que:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

Alguns autores, como Machado de Assis, abordam a desinstitucionalização como sendo uma forma de entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos. E juntamente com João Carlos Teixeira Brandão, criticavam as idéias clássicas que envolviam o tratamento anterior e objetivava a negação do asilo como tratamento (LUIS 2000).

Foi neste contexto e por volta da década de 80, que ampliou-se e deu-se maior importância a inserção e função da família como ponto positivo no tratamento e na participação do processo de tratar e reabilitar, levando-a como co-participante neste processo (BARROSO et al, 2006).

Após a década de 90, uma nova política de saúde mental é realizada, com a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes. Surge a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas à internação no manicômio, e aponta para a mudança de paradigma do modelo assistencial, passando a se preocupar com a melhoria na qualidade de vida das pessoas. E “foi através da reforma psiquiátrica, amparada pelo pressuposto de desinstitucionalização, que se ampliou significativamente a função da família no processo de tratar e reabilitar”, no entanto, a família passa a ser considerada co-participante nesse processo (BARROSO et al., 2006, p. 102).

Sob essa visão e na tentativa de melhora, iniciam-se grandes mudanças na construção de um novo atendimento em saúde mental com a implantação de práticas alternativas à hospitalização, tais como Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Atenção Básica, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Clubes de lazer, entre outros, objetivando proporcionar a melhoria da qualidade de vida e saúde para essas pessoas e para a família, prevendo sua reabilitação psicossocial.

Para Pitta (2001, p.19), a reabilitação psicossocial caracteriza-se como:

[...] Um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Coloca ainda que segundo a International Association of psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, é o processo de facilitar o indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...]

Nesse contexto, surgem equipes de serviços de saúde mental propondo a reabilitação desse indivíduo, nos fazendo despertar para uma nova medida, para mudanças na assistência a essas pessoas passando-se a se preocupar com a saúde mental do indivíduo e da família e não somente com a doença mental propriamente dita.

Realizou-se mudanças utilizando a prevenção e o tratamento como forma de amenizar os problemas e assistir efetivamente as pessoas com doença mental, a família e a sociedade buscando a quebra do preconceito e dar novas perspectivas de vida e recuperação.

3. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

3.1 Centro de Atenção Psicossocial

A atenção ao doente mental sofreu significativas mudanças no decorrer dos anos, passando de uma forma excludente para uma forma inclusiva no âmbito social, pessoal e familiar. Estas transformações se deram devido a reivindicações populares e políticas de saúde mental com o intuito de melhorar as condições de tratamento a qual os doentes mentais eram submetidos.

Partindo deste princípio, alternativas e programas elaborados através da Política Nacional de Saúde Mental, criam os Centros de Atenção Psicossocial, instituições destinadas a acolher pacientes a fim de estimular sua integração, autonomia, independência oferecendo atendimento multidisciplinar a fim de satisfazer suas necessidades biopsicossociais, através de profissionais capacitados construindo a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial se deu a partir da Portaria GM 224/92. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, que juntamente com sua expansão geraram movimentos sociais que buscam a melhoria da assistência em Saúde Mental no Brasil.

Estes Centros de Atenção tem como objetivo assistir pessoas com problemas de saúde mental, de maneira individual e coletiva, que possuam sofrimento psíquico severos e/ou persistentes, incluindo adolescentes, jovens e dependentes químicos. Neste

serviço oferece-se tipos de modalidade de atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, a partir das necessidades dos usuários.

De acordo com Brasil (2004), os Centros de Atenção Psicossocial classificam-se em:

CAPS I e II: atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos persistentes; CAPS III: atendimento diário e noturno de adultos durante a semana com transtornos mentais severos persistentes; CAPSi: atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais; CAPSad: para prestar atenção a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Fazendo referência às suas metas, diz-se que visam:

Prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura, lazer montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas, também tem a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa Saúde na Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); regular a porta de entrada de assistência em saúde mental de sua área; coordenar, junto com gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuam no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004).

Assim, o Centro de Atenção Psicossocial é um serviço criado para substituir progressivamente as internações nas clínicas e hospitais psiquiátricos e promover a integração e inclusão do indivíduo na sociedade, utilizando estratégias e projetos terapêuticos, oferecendo atendimento diurno e noturno (CAPS III) num ambiente acolhedor. Realiza atividades terapêuticas como: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares; destina aos seus pacientes as abordagens terapêuticas diversas e mais inclusivas em consonância com o modelo biopsicossocial preconizado pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004).

Cabe ressaltar ainda, a relevância de incluir a família na assistência a essas pessoas obtendo um atendimento familiar como uma das formas previstas do Centro de Atenção Psicossocial, no qual esta atividade terapêutica é essencial para a melhora do paciente, pois a família ao estar esclarecida sobre a condição patológica e disposta a colaborar no acompanhamento do usuário, conseguirá apoiar e encorajar o mesmo a

persistir no tratamento e ajudar, portanto, a promover sua autonomia e melhoria na condição de saúde de seu membro.

3.2 A Família

Discorre-se abaixo algumas definições sobre Família, bem como a importância de sua participação no atendimento psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Della Torre (1989, p. 188) define família como sendo [...] o primeiro grupo social a que pertencemos, e entre todas as instituições sociais é aquela com a qual mantemos contatos mais íntimos. Portanto, é nela que o indivíduo vive os acontecimentos mais significativos de sua vida, levando-a a ser considerada de suma importância, não se tratando apenas de um grupo biológico, pois é regida por normas, costumes e leis que regulam sua formação, sua sobrevivência e sua dissolução.

Dentre as características de seu papel, a família possui a função de amparo, proteção e de exemplo que ajuda a manter a saúde mental e física do indivíduo por constituir o maior recurso natural para lidar com situações delicadas, constrangedoras, geradoras de estresse associadas à vida na comunidade. De acordo com Schrank; Olschowsky (2008) é nela que temos o primeiro contato quando nascemos, onde estabelecemos os primeiros valores, estabelecemos as primeiras relações afetivas e encontramos nelas as respostas para nossos questionamentos, nossas angústias, constituindo o alicerce principal para o desenvolvimento humano. Com essa convicção, Schrank; Olschowsky (2008), acrescenta:

Entendendo a família como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada. Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas, também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar.

Como colocado anteriormente, a família é o primeiro grupo do qual o indivíduo participa, é onde lhe são passados os costumes, aprendizado e os valores que servirão de

alicerce para seu convívio social, porém, nem sempre foi assim. A família não era vista como instituição, havia promiscuidade nas relações interfamiliares, pois os homens eram guiados apenas por instinto, de acordo com a Teoria Evolucionista de Spencer (JANSEN, 2007).

Para a Teoria de Durkheim, a família existiu desde o início da humanidade, mas o núcleo familiar era baseado em uma crença comum, sentimento comum e não numa ligação sanguínea (JANSEN, 2007). Então, ela não era vista como é hoje: estruturada no afeto e na inter-relação entre seus membros na intimidade de seus lares (MELMAN, 2001 *apud* GOBBO, 2004).

Com o passar do tempo, muitas modificações se fizeram presentes quanto ao papel e objetivos, principalmente no que se refere aos familiares de pessoas com transtorno mental, que necessita de acompanhamento para sua reabilitação psicossocial. Porém, esta deverá ser apoiada e orientada para obter condições de compartilhar seus problemas e para que seja capaz de orientar, aceitar e participar de maneira efetiva e realista do tratamento do seu familiar que possui transtorno mental (GOBBO, 2004).

Segundo Mari, Turecki, Streiner (2001) *apud* JANSEN, 2007), uma grande variedade de intervenções familiares na esquizofrenia tem sido desenvolvidas na última década, todas apresentando objetivos semelhantes (que na realidade, funcionam como princípio orientador de todas as intervenções), os quais podem ser sintetizados do seguinte modo:

- a) promover uma aliança com os familiares que cuidam do paciente esquizofrênico;
- b) reduzir a adversidade do ambiente familiar (ou seja, diminuir o clima de sobrecarga emocional através da redução do estresse e do sentimento de opressão dos familiares);
- c) aumentar a capacidade resolutiva de problemas dos familiares;
- d) diminuir a expressão de raiva e culpa;
- e) manter expectativas de um desempenho exequível por parte do paciente (ou seja, pela manutenção de um balanço adequado entre a promoção de uma melhora no funcionamento do paciente e a superestimulação que aumenta o risco de recaídas);
- f) estabelecer limites apropriados entre o paciente e seus familiares;
- g) determinar mudanças no sistema de crenças e comportamentos dos familiares.

Se a família não cumpre seu papel excedendo sua função protetora, passa a ser a causadora da doença mental em um de seus membros fugindo da característica positiva que deverá ser exercida pela mesma, o que não é o esperado, principalmente no que

refere às novas políticas de Saúde Mental no País (ESPERIDIÃO, 2006 apud JANSEN, 2007).

A co-responsabilização da família pelo tratamento é fundamental, não só pelo aspecto legal, mas por ser pré-condição para o cuidado em regime de atendimento. Antes do início do tratamento deve ser feito um contrato claro, envolvendo o paciente e sua família, esclarecendo-se a proposta terapêutica, suas vantagens, desvantagens e, principalmente, estabelecendo-se, que os familiares serão participantes ativos do processo, pois, sem esse compromisso, provavelmente se inviabilizará o tratamento (RAIMUNDO et al., 1994). Sobre este assunto, ABREU (2006) coloca que:

Partindo do princípio de que a história familiar é imprescindível para o entendimento e o subsequente tratamento de qualquer doença nos serviços de saúde mental, o trabalho da Terapeuta, na entrevista inicial, é de um coadjuvante, que ali está para envolver a família como um todo na busca do equilíbrio e da transformação.

Essas entrevistas como descreve Halley (1979), são compostas por fases, na qual se considera como a primeira, a anamnese familiar. De acordo com esse autor, subdivide as fases da entrevista inicial em cinco:

- Fase social: onde a família é cumprimentada e colocada a vontade para acomodar-se como quiser no setting terapêutico. O Terapeuta tem a oportunidade de saber os nomes e conhecer um pouco de todos os membros da família;
- Fase da discussão: conversa-se sobre os problemas apresentados. O Terapeuta se familiariza com ele e observa como cada um apresenta e lida com o mesmo;
- Fase da interação: os membros da família devem interagir, instigados pelas perguntas do Terapeuta e este começa a entender as relações entre os familiares. O Terapeuta procura manter-se em posição de neutralidade e de genuína curiosidade, evitando, assim, concluir ou interferir sobre os fatos narrados pelos membros da família
- Fase de explicitação de objetivos: A família, junto com o Terapeuta, torna claro os objetivos e as expectativas em relação à terapia.
- Término ou fim da entrevista: forma-se um acordo entre o Terapeuta e a família, sobre o(s) problema(s) em questão, sobre os objetivos da terapia e as questões relativas ao contrato terapêutico, como horário, valor e intervalo entre as sessões.

Partindo deste contexto, as famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam funções de proteção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente. Sua função rege-se por dois objetivos, um de nível interno (como a proteção psicossocial dos membros) e o outro de

nível externo (como a acomodação a uma cultura e sua transmissão). A família deve responder às mudanças externas e internas de modo a atender as novas circunstâncias sem, no entanto perder a continuidade, proporcionando, sempre um esquema de referência para os seus membros. (MINUCHIN 1990).

4. ESTRATEGIA

4.1 Situação de Saúde do Município

Esta análise far-se-á considerando a rede de Saúde do município de Tuntum, a rede de Saúde Mental e por fim o Centro de Atenção Psicossocial no que tange à sua estrutura e funcionamento. O município de Tuntum possui uma superfície territorial de 3.573 km e está situado na região central do Maranhão, distante 360 km da capital do estado. Possui uma população de aproximadamente 38.000 habitantes.

A Saúde no município de Tuntum encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema de Tuntum, desde o ano de 1997 e configura-se atualmente de acordo com o Plano Diretor de Regionalização como pólo de microrregião para ele mesmo e para outros 14 (quatorze) municípios, os quais são: Gonçalves Dias, Governador Archer, Graça Aranha, Joselândia, Santa Filomena do Maranhão, Santo Antônio dos Lopes, São Domingos do Maranhão, São José dos Basílios, Dom Pedro, Fortuna, Governador Eugênio Barros, Governador Luís Rocha, Presidente Dutra e Senador Alexandre Costa.

Compõem a rede de atenção básica 15 (quinze) equipes de Saúde da Família e 15 (quinze) respectivas equipes de Saúde Bucal, distribuídas em 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde, sendo 7 (sete) na zona rural, 5 (cinco) na zona urbana. Possui ainda 1 (um) Centro Ambulatorial na sede. Integrando as Equipes de Saúde da Família, o município conta com 89 (oitenta e nove) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A atenção secundária é oferecida pelo Hospital Seabra de Carvalho que dispõe de serviços de urgência e emergência, ortopedia, internação nas quatro clínicas básicas, fisioterapia, oftalmologia, gastroenterologia, patologia clínica,

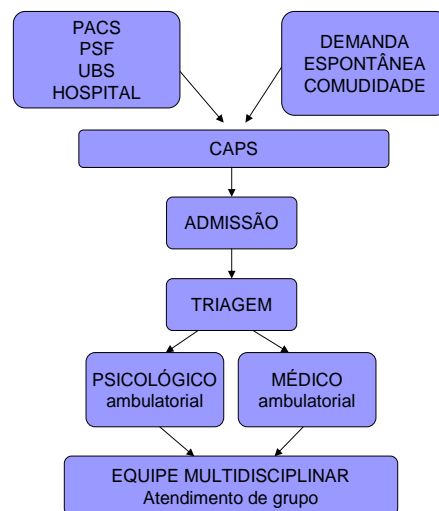
radiologia e ultrassonografia que atende a população de Tuntum e dos municípios que fazem parte do pólo.

Dinâmica de Funcionamento do CAPS

O CAPS de Tuntum foi inaugurado em 06 de agosto de 2006, e desenvolve atividades assistenciais através de uma equipe multiprofissional.

Na estrutura física existe, 1 (uma) sala de espera para paciente e acompanhante, 1(uma) área para registro de pacientes (com arquivo), 1 (uma) sala administrativa, 1(uma) sala de atendimento em grupo, 1 (uma) sala de atendimento em oficinas, 1 (uma) sala de estar (multiuso), 1 (uma) sala de farmácia, 1 (uma) sala de atendimento individual, 1(uma) copa, 1(um) refeitório, 1(uma) área de serviço, 2 (dois) sanitários para funcionários (1 para cada sexo), 2 (dois) sanitários para pacientes (um para cada sexo), área livre para a horta, área para oficinas e para atividades esportivas.

Fluxograma



As atividades desenvolvidas são: atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação); atendimento em grupo (oficinas terapêuticas, atividades esportivas, atividade de suporte social, grupo de acolhimento, sala de espera, grupo operativo, jogos educativos, atividades recreativas, datas comemorativas, oficina expressiva, oficina de reciclagem, atividades corporais); atendimento para a família

(individualizado, reunião em família e visitas domiciliares); atividades comunitárias (caminhadas na comunidade, festas com a participação da comunidade); refeições (os pacientes assistidos em um turno recebem uma refeição diária e os assistidos em dois turnos recebem 3 refeições diárias); tratamento medicamentoso (realizado com medicamentos psicoativos ou psicofármacos).

Para ser atendido no CAPS de Tuntum-MA, a pessoa pode procurar diretamente o serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família (PSF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), unidade básica de saúde ou por qualquer serviço de saúde. A alta é feita de três formas: por conclusão do tratamento, por outras intercorrências clínica/cirúrgica, ou por abandono do tratamento.

Quando o cliente chega ao CAPS, é acolhido por toda a equipe, onde passa pela triagem. A partir daí, é feito um projeto terapêutico individual do usuário, onde dependendo do seu sofrimento psíquico, o CAPS poderá oferecer: atendimento intensivo (trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua; atendimento semi-intensivo (o paciente fica meio período, é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento); atendimento não intensivo (oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e no trabalho).

O projeto terapêutico individual é feito durante a admissão do paciente, cujos objetivos são: promover o vínculo terapêutico; avaliar aspectos biopsicossociais do paciente; estudar o caso; estabelecer metas; formular plano de tratamento; oferecer atendimento individual e/ou em grupo; intervir com a família; orientar uso da medicação; reavaliar e evoluir. Durante este processo, o mesmo é avaliado e encaminhado para as atividades que apresenta interesse e que pode realizar.

Os clientes de acordo com suas habilidades são matriculados nos cursos oferecidos pelos Programas de Assistência Social do Município, tais como, Computação, Artesanato, Pintura, Canto e são aproveitados para ensinar para os outros clientes. Em algumas datas comemorativas, a comunidade é convidada a participarem, com o objetivo de integração com os clientes, onde há exposição de todas as atividades feitas no CAPS.

[j1] Comentário: Qual a período de validade desse projeto feito na administração. Será que ele atenderá realmente as necessidades do paciente já que na admissão temos informações superficiais e incompletas....

Convém ressaltar que, alguns clientes que iniciam o tratamento no CAPS, ao perceberem a melhora, abandonam a terapia, causando crises e problemas com a família e a comunidade e resistência de reiniciar o tratamento. O transtorno de maior incidência em Tuntum é a depressão, onde é visto em sua maioria com professores. É visto na maioria dos pacientes intensivos o transtorno de Esquizofrenia.

É realizada reunião com a equipe multidisciplinar duas vezes ao mês, e planejamento das atividades de quinze em quinze dias.

As pessoas residentes em Tuntum, tem acesso a um Serviço de Atenção em Saúde Mental articulado com a Rede de Serviços de Saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, onde possui parcerias com o Hospital Geral e o serviço de atendimento médico de urgência (SAMU).

O financiamento é feito pelo ministério da saúde que envia R\$ 38.000,00, para pagamento de funcionários, suporte alimentar e materiais das oficinas. A secretaria Municipal de Saúde que dá a contra partida com medicação e o carro para as visitas domiciliares e a busca dos pacientes intensivos. O CAPS é gerenciado por uma coordenadora e uma administradora.

Diante do que se é colocado, percebe-se algumas dificuldades: a ausência da interação familiar frente ao tratamento dos pacientes; o preconceito da comunidade diante da doença mental devido ao desconhecimento desta e sobre os serviços oferecidos a estas pessoas; a dificuldade da interação e reunião entre a equipe; a dificuldade na relação com a rede básica de saúde e no abandono do tratamento.

4.2 Diagnóstico Situacional Humano do CAPS

Para a construção deste diagnóstico situacional do CAPS optou-se por um desmembramento em três momentos, a saber: característica do usuário; característica da família e características da equipe Multidisciplinar.

A pesquisa foi realizada no CAPS de Tuntum, no Estado do Maranhão, localizado na Rua Grande Oriente, S/N bairro Tuntum de Cima, localizada a 2 km do centro da cidade. No local é desenvolvido pela equipe multidisciplinar reuniões com as famílias, onde se viu a necessidade de uma intervenção mais voltada para as famílias.

A população envolvida no diagnóstico foram: 08 (oito) pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e que são atendidos no CAPS na modalidade intensivo; 1 familiar de cada paciente participante, totalizando 8 (oito) familiares e; por fim, toda a equipe multiprofissional que trabalho no serviço, aqui considerando os de nível superior, de nível médio, excetuando os da equipe de apoio.

Na coleta de dados se entrevistou os participantes com o auxílio de um roteiro preestabelecido e elaborado pelas pesquisadoras. Primeiramente, esclareceu-se para o público participante o objetivo da pesquisa, posteriormente se entrevistou os participantes na seguinte ordem: pacientes, familiares e profissionais. Todas as entrevistas ocorreram no próprio espaço do CAPS durante a permanência dos mesmos. Elas foram feitas individualmente em espaço reservado.

Esta análise foi sustentada partindo das características pessoais dos usuários com diagnóstico de esquizofrenia atendidos na modalidade de tratamento intensivo no CAPS de Tuntum-MA 2008. e características de acesso do usuário no que se referem à família, características sócio-econômicas, da percepção do CAPS e conhecimento da doença, e por fim, características dos profissionais. A mesma é necessária para a proposição que considera a realidade, conforme orientada pelo Programa Nacional de Saúde Mental, assim como será demonstrado a seguir de acordo com as tabelas.

TABELA 1: Características dos usuários com esquizofrenia em tratamento no CAPS de Tuntum na modalidade intensiva quanto à escolaridade, sexo, idade e local de residência. 2008.

ESCOLARIDADE	Nº
1º Grau incompleto	4
1º Grau completo	0
2º Grau incompleto	1
2º Grau completo	0
Analfabeto	3
SEXO	
F	2
M	6
IDADE	
18 - 30	7
31 - 51	1
LOCAL DE RESIDENCIA	
Zona Urbana	7
Zona Rural	1

Os participantes descritos acima são em sua maioria do sexo masculino, havendo também o sexo feminino, com idade entre 18 à 51 anos, onde o diagnóstico escolhido para a pesquisa foi de esquizofrenia com pacientes em tratamento intensivo no sistema. Foi visto que em sua maioria mora na zona urbana e tem baixo nível de escolaridade.

TABELA 2: Características dos usuários com esquizofrenia em tratamento no CAPS de Tuntum na modalidade intensiva quanto ao tempo de tratamento e acesso ao serviço. 2008.

TEMPO DE TRATAMENTO	Nº
0 – 1 ano	2
1 – 2 anos	3
2 – 3 anos	3
ACESSO AO SERVIÇO	
Demanda espontânea	3
Serviço Social (ACS)	3
Outros serviços (APAE, Conselho Tutelar)	2

A clientela encontra-se em tratamento em média de 1 à 3 anos. Foi visto que foram encaminhados pelos ACS, APAE, Conselho Tutelar e Demanda Espontânea.

TABELA 3: Características das famílias dos usuários com esquizofrenia em tratamento no CAPS de Tuntum na modalidade intensiva quanto ao parentesco, escolaridade ocupação, idade, renda e tempo de convivência. 2008

PARENTESCO	Nº
Pai	1
Mãe	6
Avós	1
ESCOLARIDADE	
1º Grau incompleto	5
Ensino superior completo	1
Analfabeto	2
OCUPAÇÃO	
Dona de casa	5
Professor	1
Empresária	1
Agricultor	1
IDADE	
40 - 70	6
71 - 90	2
RENDA	
Até 1 salário	6
1 - 2 salários	1
2 - 3 salários	1

TEMPO DE CONVIVÊNCIA	
10 - 20 anos	4
21 - 30 anos	2
31 - 40 anos	2

Das variáveis independentes analisadas, a ocupação e a classificação socioeconômica é variada. Foi avaliada a associação da idade do paciente com a proporção de tempo de convivência, embora tal associação tenha se situado no limiar da significância estatística. Nesse sentido, famílias tinham baixa escolaridade e apresentaram uma maior proporção de pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia. Foi visto que em sua maioria a ocupação dos mesmos, era de dona de casa, Professor, seguido de Empresária e Agricultor.

TABELA 4: Características das famílias dos usuários com esquizofrenia em tratamento no CAPS de Tuntum na modalidade intensiva quanto à percepção frente ao tratamento, ao tipo de relação, ao conhecimento da doença e perspectiva quanto ao tratamento. 2008

PERCEPÇÃO FRENTE AO TRATAMENTO	Nº
Bom	5
Ótimo	1
Indiferente	2
Negativa	0
TIPO DE RELAÇÃO	
Conflituosa	5
Estável	3
CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA	
Esclarecido	2
Não Esclarecido	3
Pouco esclarecido	3
EXPECTATIVAS SOBRE O TRATAMENTO	
Melhoras	2
Cura	2
Tirar da rua	1
Diminuição da agressividade	1
Socialização	1
Integração familiar	1

Na tabela 4 se constata que para a maioria tem uma percepção positiva do tratamento, possui relação conflituosa com os seus membros diagnosticados com esquizofrenia, há falta ou pouco esclarecimento sobre a doença. Quanto à expectativa todos corroboram com a idéia de melhoria nas relações sociais, inclusive familiares.

A descrição sobre as famílias foi permeada de palavras antagônicas, às vezes prazerosas, carinhosas, afetuosas, e às vezes frias, temerosas e de insatisfação.

As dificuldades manifestadas pelas famílias durante os cuidados diários junto aos filhos revelaram o despreparo e a insegurança para o desempenho dessas atividades. As condições ambientais, enfocando os fatores culturais, sociais e psicológicos influenciaram de forma positiva ou negativa nesse contexto. Esses aspectos davam respaldo a um cuidado bem-sucedido ou não.

Dos vários relatos apresentados e analisados, foi possível identificar, em quase todas as respostas das famílias entrevistadas a presença de significados singulares a cada situação vivenciada por elas.

Mediante as respostas, observou-se que as famílias tinham a percepção das melhorias dos parentes, e as mudanças foram significativas para elas, no que concerne à relação deles, ao conhecimento sobre a patologia e a resolubilidade das dificuldades para cuidar.

[s2] Comentário: Como vocês coletaram estas informações, pois não estão presentes na tabela 4. Usaram outro instrumento? E as conclusões devem estar presentes em tabela.

[s3] Comentário: É interessante fazer uma tabela que evidencie a equipe. Sugestão.

Nível Superior	N
Cursos de atualização	
Cursos de curta duração	
Até 3 anos de graduação	
4 a 6 anos de graduação	
Mais de 6 anos de graduação	
Carga Horária Semanal do Pessoal de Nível Superior	
Até 10 horas	
Até 25 horas	
Até 30 horas	
Até 40 horas	
Nível de Médio	
Equipe de apoio	
Pessoal da área administrativa	
Pessoal da área de enfermagem	
Pessoal de artesanato e educacional	
Pessoal da área terapêutica	
Local de Residência	
No Município	
Em outro município	

A equipe multidisciplinar é composta por: um Médico especialista em Saúde Mental, duas Enfermeiras, duas Psicólogas, uma Assistente Social e uma Terapeuta Ocupacional. A equipe técnica é composta por: três auxiliares de enfermagem, uma recepcionista, um digitador, uma artesã, uma administradora, cinco monitores, uma cozinheira, uma zeladora, três vigias, um motorista.

O trabalho da equipe é orientado de acordo com a interdisciplinaridade, ou seja, busca uma descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe.

A Enfermeira possui 3 anos de graduação e é especialista em urgência e emergência, reside na cidade de Tuntum no estado do Maranhão. A Psicóloga tem 7 anos de formada, com especialização em Medicina Psicossomática, Terapia Cognitiva-comportamental, Psicologia da educação e Perita Examinadora de Trânsito. A mesma mora em Presidente Dutra, numa cidade vizinha do CAPS. A Assistente Social é formada há 9 anos e reside em Tuntum. O Médico é formado há 4 anos e especialista em Saúde Mental, reside em Presidente Dutra. A Terapeuta Ocupacional é a coordenadora, tem 2 anos de formada, pós graduada em Saúde Mental, reside em Tuntum.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No processo inicial da elaboração do projeto de intervenção será considerada, prioritariamente, a análise situacional, aliada à literatura investigada. Posteriormente será feita reunião e apresentada à equipe para discussão e aprovação final. A proposta oferecida juntamente com a família se constituirá em estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com os problemas encontrados frente às necessidades individuais dos usuários, proporcionando a potencialidade de troca entre o serviço, usuário e sua rede social com o intuito de ampliar a capacidade de lidar com os problemas.

As estratégias seguirão a partir da promoção do vínculo entre profissionais, família e usuários estimulando a participação da família no cuidado e reabilitação através das atividades realizadas no Centro de Atenção Psicossocial. Dentre as atividades, serão realizados:

- **Contrato de funcionamento** mostra como vai funcionar, dias, horários, atividades realizadas;
- **Entrevistas individuais com as famílias**, cujo objetivo consiste em oferecer aos familiares um espaço que possibilite acolher sentimentos conflitantes

[s4] Comentário: Expliquem melhor essa história.

como culpa, raiva, hostilidade, assim como exercer uma função de suporte a angústia e à sensação de impotência presentes na maioria das famílias nos primeiros encontros.

- **Encontros semanais**, onde os integrantes do grupo têm a possibilidade de compartilhar as situações vivenciadas com os familiares; onde os profissionais poderão orientar, escutar e esclarecer ao familiar quanto às situações da vida cotidiana e quanto às características das patologias possibilitando o senso de inclusão, valorização e identificação nas experiências coletivas dos problemas de saúde, através de um grupo de apoio. De acordo com as dificuldades, é orientado para família como pode ser feito, mediante as problemáticas apresentadas, como também foi enfatizada a importância de ser o co-terapeuta no processo de tratamento.

- **Visita domiciliar**: promovendo a participação familiar no trabalho conjunto com a equipe, onde esta tem a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar e compreender como ela se relaciona no seu meio, além de oportunizar uma interação do profissional com essa família, visando a busca de uma parceria no cuidado do usuário e possibilitando um atendimento domiciliar que atenda as suas principais necessidades e dificuldades; (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

- **Atendimento familiar individual e/ou grupal**: possibilitando uma atenção à família com a escuta e o acolhimento do sofrimento, o que oportuniza a promoção da saúde possibilitando solução das dificuldades encontradas pelos profissionais, ou familiares e usuários.

- **Palestras Educativas**: com o intuito de informar e conscientizar a família sobre diferentes aspectos da doença, incentivar ao conhecimento da patologia, como seus sinais, sintomas e tratamento. As sessões possibilitam, também, um espaço para perguntas, dúvidas e questionamentos, oferecendo esclarecimentos centrados na conscientização da família sobre a doença, seus riscos, o tratamento e a necessidade e importância da equipe multidisciplinar; e ajudar no nivelamento das expectativas frente ao tratamento. Além do modelo curativo que normalmente se encontra nos Centros de Assistência Psicossocial, podem-se incluir referenciais preventivos e de preservação da saúde utilizando programas educativos para os familiares.

- **Oficinas terapêuticas**: realizada juntamente e/ou separadamente dos usuários, no qual permitirá que o trabalho realizado nas oficinas se estenda ao sentido de produzir a reinvenção da vida em seus aspectos mais cotidianos possibilitando a reconquista ou conquista dos usuários em relação à sua participação na sociedade com

autonomia e reconhecimento de um cidadão, possibilitando o contato dos familiares com atividades manuais, explorando a criatividade e a inventividade através do aprendizado das técnicas e dos saberes, sendo coordenadas por profissionais habilitados na área (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008), a partir da utilização de diversas atividades.

A formação de grupos que têm os mesmos interesses, necessidades e implicações serve para facilitar a expressão de algo que é mais forte do que um discurso. Na intenção de fortalecer a busca pela construção de um projeto, o grupo imprime sua maneira de organizar-se e conhecer-se, podendo constituir-se pela demanda individual e pelas relações sociais e de ajuda entre os participantes.

- **Atividades auto-expressiva**, com o objetivo de promover liberação de sentimentos e expressão sobre suas condições de vida. Esta oficina foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro foi de familiarização e o segundo de reflexão. A forma como elaboraram e expressaram seus sentimentos foi importante para a compreensão do significado da maneira de cuidar de cada participante.

- **Solicitação de tarefas**, onde a família vai exercer uma função de co-terapeuta em casa, com orientação dos técnicos; A família, no entanto, tem um papel primordial em motivar, incentivar e impulsionar a realizar uma atividade natural, partindo de sua própria iniciativa; ou seja, isto ocorrerá quando os fatores externos se tornarem intermediadores deste processo.

- **Evolução**, acompanhamento do grupo, como vai evolução desta no tratamento;

Assim, este serviço busca a reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na visão produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação de vínculos, o conhecimento da doença, levando em consideração a escolaridade e respeitando os aspectos psicossociais de cada família e paciente.

REFERENCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de etal. **Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental.**– Porto Alegre: Artmed, 2006. 224p

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos. O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, jul./set. 1995.** Disponível em: www.scielo.php. Acesso em: dez. 2007.

AMARAL, Vera. Reforma Psiquiátrica. 2005

BARROSO, Ana Gláucia Carvalho etal. Transtornos mentais: o significado para os familiares. **Rev. Bras. e Promoção da Saúde.** Fortaleza, v. 17, n.3, 2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40817302.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005.

DELLA TORRE, M. B. L. **O homem e a sociedade:** uma introdução à sociologia. 15. ed. São Paulo: Nacional, 1989.

_____. _____. **Saúde mental no SUS:** os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (reprodução parcial)

GOBBO, Ana Flora Fogaça. **Conhecimento do familiar da pessoa em sofrimento psíquico sobre a terapêutica medicamentosa.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira:** análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. (Doutorado em Serviço Social) – Porto Alegre, 2007.

JANSEN, Silvia Maria Aguiar Sousa. **O papel da família no tratamento esquizofrênico.** 2007, 47 f. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Faculdade Santa Terezinha, São Luís, 2007.

LUIS, Margarita Antonia Villar. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Saete Bessa; SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (Org.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000, p. 15-40.

PITTA, ANA. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RABELO, Antonio Reinaldo; MATOS, Anne Alice Queresma, Et. al. **Um manual para o CAPS- Centro de Atenção Psicossocial**. 2 ° Ed., Bahia, 2006.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota De; MAURI, Diana. A desinstitucionalização, uma outra via . A Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados” In: _____ . _____ . _____ **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RAIMUNDO, A.M.G. et al. **hospital-dia em psiquiatria: revisão da literatura recente (1987-1991)**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, V. 43, n. 4, p. 205-211, 1994.

RÊGO, Isabelle Campos Moraes; MENEZES, Joana D’arc Carvalho. **Grau de satisfação do usuário do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS da Prefeitura Municipal de São Luís – MA com atendimento da Terapia Ocupacional**. 2006. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Faculdade Santa Terezinha, 2006.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** – São Paulo, v. 42, n.1, mar. 2008.

Secretaria de Saúde do Estado do Pará. Disponível no site: www.sespa.gov.br/sus/sus/sus_oquee.htm. Acesso em: jan 2007.

TORMENA, Alexandre José; etal. **Um novo olhar sobre a loucura**. _____ . _____ . Conferencia Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental**. Brasília, novembro de 2005.

WIKIPÉDIA, A Enciclopédia Livre. **Família**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Fam%C3%ADlia>>. Acesso em: 4 jun. 2007.

APÊNDICE

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: J. L.S.

SEXO: M

IDADE: 18

ESCOLARIDADE: 2. GRAU INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

DIAGNÓSTICO: F 23.1

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 1 ANO E 3 MESES

COMO CHEGA: ENCAMINHADO PELO CONSELHO

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA PRESIDENTE MÉDICI, . TUNTUM DO MEIO.

OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 43

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 200,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 18 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: CONFLITUOSA

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: NÃO ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: BOM

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: SOCIALIZAÇÃO

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: M. R. DA S.

SEXO: M

IDADE: 20 ANOS

ESCOLARIDADE: 2. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F23.1

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 1 ANO E 2 MESES

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: AV. CANTO BOM.

OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 68 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 415,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 20 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: ESTÁVEL

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: NÃO ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: BOM

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: CURA

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: M. A. DA S.

SEXO: M

IDADE: 30 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F20.3 / F70.0

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 2 ANOS E 3 MESES

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA ALÍPIO COELHO, S/N. VILA NOVA

OCUPAÇÃO: ENTREGADOR

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 58 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 115,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 30 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: CONFLITUOSA

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: NÃO ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: BOM

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: RESPONSABILIDADE PELO TRATAMENTO

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: F.
SEXO: M
IDADE: 18 ANOS
ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO
DIAGNÓSTICO: F20.1 / G40.3
MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO
TEMPO DE TRATAMENTO: 1 ANOS
COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA
LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA
OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE
SEXO: F
IDADE: 45 ANOS
ESCOLARIDADE: 2. GRAU COMPLETO
OCUPAÇÃO: EMPRESÁRIA
RENDA APROXIMADA: R\$ 2.000,00
TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 18 ANOS
TIPO DE RELAÇÃO: ESTÁVEL
CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: ESCLARECIDO
O QUE ACHA DO CAPS: INDIFERENTE
TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO
O QUE ELE ESPERA: INDEPENDÊNCIA E DIMINUIÇÃO DE AGRESSIVIDADE

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: A.P. DOS S.

SEXO: M

IDADE: 37 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F20.5

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 2 ANOS E 3 MESES

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: POVOADO ALDEIA

OCUPAÇÃO: -

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 54 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 200,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 37 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: ESTÁVEL

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: POUCO ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: BOM

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: CURA

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: N.M. V.

SEXO: F

IDADE: 22 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F72.0 / F20.1

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 2 ANOS

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA DEPUTADO ALBÉRICO, 14 B. MIL REIS

OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: PAI

SEXO: M

IDADE: 52 ANOS

ESCOLARIDADE: 3. GRAU COMPLETO

OCUPAÇÃO: PROFESSOR

RENDA APROXIMADA: R\$ 815,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 22 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: ESTÁVEL

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: EXCELENTE

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: ACEITAÇÃO DE LIMITES

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: A. S. DE S.

SEXO: F

IDADE: 41 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F20.5

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 2 ANOS E 4 MESES

COMO CHEGA: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA SÃO BENEDITO, 60. PIÇARRA

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 74 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 415,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 41 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: ESTÁVEL

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: SEM ESCLARECIMENTO

O QUE ACHA DO CAPS: INDIFERENTE

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: INTEGRAÇÃO NO SEIO FAMILIAR

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: P. DA S. DE A.

SEXO: M

IDADE: 20 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F20.5

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 1 ANO E 3 MESES

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA SÃO JOÃO, 57. CAMPO VELHO

OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: AVÓ

SEXO: F

IDADE: 78 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 415,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 14 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: CONFLITUOSA

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: SEM ESCLARECIMENTO

O QUE ACHA DO CAPS: ÓTIMO

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: CURA

PERFIL DO USUÁRIO

NOME: S. DA S. A.

SEXO: M

IDADE: 24 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

DIAGNÓSTICO: F20.6 / G 40

MODALIDADE DE TRATAMENTO: INTENSIVO

TEMPO DE TRATAMENTO: 2 ANOS E 4 MESES

COMO CHEGA: DEMANDA ESPONTÂNEA

LOCAL DE RESIDÊNCIA: RUA SÃO SEBASTIÃO, 54 B. MIL REIS

OCUPAÇÃO: ESTUDANTE

PERFIL DA FAMÍLIA

PARENTESCO: MÃE

SEXO: F

IDADE: 50 ANOS

ESCOLARIDADE: 1. GRAU INCOMPLETO

OCUPAÇÃO: DONA DE CASA

RENDA APROXIMADA: R\$ 230,00

TEMPO DE CONVIVÊNCIA: 24 ANOS

TIPO DE RELAÇÃO: CONFLITUOSA

CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA: POUCO ESCLARECIDO

O QUE ACHA DO CAPS: BOM

TIPO DE TRATAMENTO: INTENSIVO

O QUE ELE ESPERA: DIMINUIR A AGRESSIVIDADE