

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO EM FORMAÇÃO PEDAGÓGICA PARA PROFISSIONAIS  
DA SAÚDE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE  
MENTAL**

**VÂNIA APARECIDA BATISTA LIMA**

**LAGOA SANTA/MG**

**2015**

**VÂNIA APARECIDA BATISTA LIMA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE  
MENTAL**

Trabalho de Conclusão de curso, apresentado ao curso de Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Isabela S. Cancio Velloso.

**LAGOA SANTA/MG**

**2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

LIMA, VÂNIA APARECIDA BATISTA
PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL [manuscrito] / VÂNIA APARECIDA BATISTA LIMA. - 2015.
35 f.
Orientador: Isabela Silva Cancio Velloso.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde.
1. Transtornos Mentais. 2. Família. 3. Educação em Saúde Mental. I. Velloso, Isabela Silva Cancio. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Vânia Aparecida Batista Lima

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE  
MENTAL**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Isabela Silva Cancio Velloso (Orientadora)



\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Selme Silqueira de Matos

Data de aprovação: **25/04/2015**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por nunca me abandonar e sempre me dar forças para seguir em frente, mesmo em meio a tantas lutas.

A minha mãe Vilma Helena de Lima, pelos momentos de força, de compartilhamento das angústias e alegrias, se não fosse o seu amor incondicional eu não teria chegado até aqui.

A minha irmã Valéria Lima, por sempre me apoiar, e por ser meu maior exemplo, incentivo, para acreditar na estabilidade do Transtorno Mental.

Aos amigos e amigas que sempre me apoiaram nesta caminhada. Em especial a Alessandra Leal, Rachel Oliveira e Neuza Mello, obrigada por dividirem comigo alguns momentos tão importantes da minha vida, pela paciência de sempre, pelo carinho e atenção, pelo companheirismo, e por dividir aprendizados.

Ao meu namorado Michel Fraga, pelo amor, carinho, apoio, incentivo, e por estar sempre ao meu lado.

A professora Dr<sup>a</sup>.Selme Silqueira, pelas oportunidades, pela contribuição em minha formação como Especialista e pela dedicação de sempre.

As tutoras presenciais, Daniele Veloso e Poliana Neuls, pela competência que demonstraram no decorrer do curso, pelo carinho e atenção.

A minha orientadora Dr<sup>a</sup>.Isabela S. Cancio Velloso, pela dedicação e atenção.

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta um estudo sobre os Transtornos Mentais, e os desafios para alcançar a estabilidade. Como objetivo se propôs construir um projeto de intervenção para o setor de Serviço Social, do Serviço de Referência em Saúde Mental (Sersam), de Divinópolis- MG. A proposta de educação em saúde mental, tem como estratégia desenvolver palestras educativas, capazes de orientar as famílias dos pacientes do Sersam, sobre a importância de compreender os transtornos mentais e seus diversos sintomas. As palestras poderão ser apresentadas durante as reuniões de orientação familiar, que acontecem semanalmente. Cabe a instituição Sersam, verificar a necessidade da aplicabilidade do projeto de intervenção. É preciso compreender que para política pública de saúde mental atuar com melhor êxito é necessário que as famílias estejam empenhadas a acompanhar o tratamento e apoiar os pacientes em sua busca de dignidade e reinserção, não desconsiderando que a gravidade de alguns diagnósticos pode implicar também no adoecimento destas famílias.

**Palavras – chave:** Transtornos Mentais. Família. Educação em Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

This paper presents a study about Mental Disorders, and the challenges to achieve stability. The objective proposed to build an intervention project for the Social Service sector, the Reference Service for Mental Health (Sersam), Divinópolis-MG. The proposed mental health education, has a strategy to develop educational lectures, able to guide the families of Sersam patients on the importance of understanding mental disorders and its various symptoms. The lectures will be presented during the family orientation meetings, which take place weekly. It is up to Sersam institution to verify the necessity of the applicability of the intervention project. It is understandable that for public mental health policy act with greater success it is necessary that families are committed to follow the treatment and support patients in their quest for dignity and reintegration, not disregarding the severity of some diagnostics can also entail illness these families.

**Key - words:** Mental Disorders. Family. Education in Mental Health Issues.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CAPS I– Centro de Atenção Psicossocial, atendimento de 08 horas diárias.

CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial, atendimento de 08 horas diárias.

CAPS III-Centro de Atenção Psicossocial, atendimento 24 horas.

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil, atendimento de 08 horas diárias.

CAPS ad- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, atendimento de 08 horas diárias.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PSFs - Programas de Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

TOC-Transtorno Obsessivo e Compulsivo



## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....</b>	<b>26</b>
<b>QUADRO 2- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....</b>	<b>27</b>

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2- JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>3- OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4- REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1- Família.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2- Diagnóstico.....</b>	<b>19</b>
<b>5.METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>6- PLANO DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, PARA O SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL (SERSAM) DE DIVINÓPOLIS/MG.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1-Definição do Problema.....</b>	<b>24</b>
<b>6.2-Priorização do Problema.....</b>	<b>24</b>
<b>6.3-Descrição do Problema.....</b>	<b>24</b>
<b>7-SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.....</b>	<b>25</b>
<b>8-CONSEQUÊNCIAS DOS PROBLEMAS.....</b>	<b>25</b>
<b>9-PÚBLICO ALVO.....</b>	<b>25</b>
<b>10-RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>11-PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORAS.....</b>	<b>26</b>
<b>12-METAS.....</b>	<b>26</b>
<b>13-AÇÕES.....</b>	<b>27</b>
<b>14-INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>15-CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>3</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Na trajetória da Saúde Mental no Brasil, desde os seus primórdios até os dias de hoje, estiveram intrínsecas as transformações. Ocorreram mudanças importantes decorrentes de lutas através dos Movimentos Sociais, que resultaram em alterações no modo de tratamento da pessoa com sofrimento mental. Os principais marcos dessa trajetória são: a Reforma Psiquiátrica e a promulgação da lei nº- 10.216 de 2001, condutores para a construção dos Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços de Referência em Saúde Mental. Os modelos substitutivos aos hospitais psiquiátricos são produtos de uma trajetória nacional de lutas pela garantia dos direitos sociais e, no município de Divinópolis - Minas Gerais representam um importante aparato de acolhimento e tratamento à pessoa com sofrimento mental. (BRASIL 2004, p.7).

Dentro de uma concepção mais abrangente de tratamento proposto, situa a necessidade de interlocução com outras instituições de acolhimento, configurando uma atuação em rede, na qual se encontram inseridos serviços como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), e também hospitais psiquiátricos que tem sobrevivido apesar da Reforma Psiquiátrica. Cabe considerar que aos hospitais são designados pacientes cujos tratamentos não são disponibilizados pelos serviços substitutivos. Os modelos substitutivos surgem no contexto nacional por meio de conquistas sociais e estabilizando-se por meio de regulamentações, fortalecendo o cenário dos direitos sociais no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde,

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto,

designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL 2004, p.9).

De acordo com O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se diferenciam entre, CAPS I, Centro de atenção psicossocial atendimento de 08 horas diárias, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial atendimento de 08 horas diárias, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial atendimento 24 horas, em municípios com população acima de 200.000 habitantes. CAPSi, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, atendimento de 08:00 diárias, constituído para uma população acerca de 200.000 habitantes e CAPS ad, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, com atendimento de 08:00 diárias, em municípios com população acima de 70.000 habitantes.

“O CAPS é um espaço de tratamento e referência para portadores de transtorno mental cuja gravidade e/ou reincidência justifique a permanência do paciente para cuidado intensivo, comunitário, individualizado e de promoção da vida”( BRASIL, 2004,p.11).

Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a Atenção à Saúde Mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); regular a porta de entrada da Rede de Assistência em Saúde Mental em sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares, psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004, p. 13).

No que se refere à estrutura física, o CAPS, deve contar com um espaço próprio adequado e preparado para atender a sua demanda e especificidades, possuindo no mínimo, consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; espaço de convivência; oficinas; sanitários; área externa para recreação, lazer e esporte; e também refeitório com capacidade de fornecer alimentação adequada para cada paciente de acordo com seu tempo de permanência (BRASIL, 2004, p. 14).

O município de Divinópolis, localizado na região central de Minas Gerais, vem se organizando e se articulando a fim de executar a Política Nacional de Saúde Mental, obedecendo aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Seu objetivo é inserir o portador de transtorno mental na rede de assistência mais próxima de sua residência com o intuito de cuidar de pequenas crises psiquiátricas e promover sua inclusão social, reduzindo o número de internações psiquiátricas.

O Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis, foi inaugurado em fevereiro de 1997 como CAPS II, com atendimento de 07:00 às 19:00 horas. A partir de dezembro de 2008 passou a ser CAPS III, oferecendo atendimento 24 horas. Funciona como serviço substitutivo às internações psiquiátricas, promovendo assistência especializada aos portadores de transtorno mental voltada para a reinserção sócio familiar. É formado por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Unidade de Urgência/Emergência e um ambulatório em Saúde Mental e está situado na Rua Otoni Olímpio de Oliveira, 201, Bairro Universitário. Conta com uma equipe multiprofissional formada por um coordenador, agentes administrativos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, porteiros e motoristas.

As principais atividades desenvolvidas pelo assistente social no Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis (SERSAM) são o acolhimento do usuário na chegada à instituição; elaboração do perfil socioeconômico e familiar deste usuário; entrevista social; atendimento à família e/ou reuniões de orientação familiar; atendimento, orientação e encaminhamento do usuário a direitos sociais e

acessos a bens, recursos e serviços na comunidade; mobilização da rede sócio familiar do usuário, bem como da rede de serviços socioassistenciais; emissão de relatório social; além de visitas domiciliares e institucionais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o novo modelo de assistência ao portador de transtorno mental tem centralidade na família, considerando-a um importante elo para o tratamento do portador de transtorno mental. Com isso a atuação do assistente social na Saúde Mental está mais diretamente voltada para o atendimento às famílias que, apesar de não ser uma atribuição privativa do assistente social, constitui-se como principal atividade deste profissional nesta área.

A relevância de discutir este tema foi percebida enquanto aluna do curso de Graduação em Serviço Social e estagiária do Serviço de Referência em Saúde Mental, do Município de Divinópolis-MG. Na ocasião deparei-me com diversas questões relativas à inserção dos usuários na rede institucional de acolhimento. Entre estas questões foi observado especificamente, que apesar da interlocução institucional, um número expressivo de usuários que após receberem alta, apesar de encaminhados à rede, retornam ao Sersam para reiniciarem o tratamento.

O que faz esses usuários retornarem ao Sersam? É notório que as características de alguns diagnósticos podem implicar em recaídas por parte de algumas pessoas com transtorno mental, fazendo com que muitos reiniciem o tratamento. Mas, para além deste fato clínico, o objetivo deste trabalho é facilitar o encaminhamento desses pacientes a rede de acolhimento a pessoas com sofrimento mental, através de um mapeamento da rede socioassistencial do Município. O não funcionamento da rede, muitas vezes culmina na necessidade dos pacientes, reiniciarem o tratamento ou até mesmo serem encaminhados para uma instituição de internação, a Clínica São Bento Menni.

Foi possível observar que as principais instituições que compõem esta rede de acolhimento, são, além do Sersam, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que pertence à política de Assistência Social, Unidade de Saúde Central e Clínica São Bento Menni. Foi observado também, que as famílias dos usuários são muito importantes no tratamento destes, inclusive durante o período de

inserção em um tratamento contínuo e eficaz que uma rede de serviços bem articulada pode oferecer.

## **2-JUSTIFICATIVA**

O interesse em realizar este projeto de intervenção se deu, a partir da experiência da autora como estagiária do curso de Graduação em Serviço Social, no Serviço de Referência em Saúde Mental (Sersam), do Município de Divinópolis/MG. Na ocasião, foi possível observar a atuação do Assistente Social na Saúde Mental. Acompanhando o desenvolvimento de várias atividades como os atendimentos individuais e familiares, a organização e realização de reuniões familiares, as reuniões multiprofissionais para discussão de casos, buscas ativas de usuários, visitas domiciliares e a articulação da rede sócio familiar dos usuários deste serviço de referência, despertando assim o interesse por tal assunto.

Por ser um tema atual e pertinente, necessita ser discutido dentro da saúde pública, já que há cada vez mais usuários acometidos por transtornos mentais em Divinópolis, podendo assim, fomentar a discussão, tanto no âmbito acadêmico como no âmbito profissional, sobre a Educação em saúde mental.

## **3-OBJETIVO**

Propor uma ação de orientação para as famílias como agir nos momentos de crise, acompanhando seus familiares no tratamento durante a internação e após a alta do Serviço de Referência em Saúde Mental.

## **4- REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1. FAMÍLIA**

Foi realizada uma revisão em livros, artigos, sites, de saúde mental. Dentre essas revisões, observou-se que existe um número expressivo de família conjugal ampliada, por incorporarem outros parentes, temporária ou definitivamente. Outro modelo de família que chama a atenção é a monoparental, em sua grande maioria chefiada por mulheres. E existem poucas famílias “nucleares”, as que eram consideradas tradicionais, como modelo legítimo de família, que é composta por um homem, uma mulher e seus descendentes.(ROSA, 2008, p. 238).

Predomina entre as famílias que frequentam o Serviço de Referência em Saúde Mental de Divinópolis/MG, um baixo nível de escolaridade, desemprego, e ocupações de menor prestígio social. Algumas recebem algum benefício social, referente ao seu ente familiar portador de transtorno mental, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que é um benefício da Assistência Social, com valor de um salário mínimo mensal (LOAS,1993,P.20).

As mulheres que possuem trabalho remunerado fora do lar, além de terem que gerar renda, ainda tem que responder pelo portador de sofrimento mental. Isso ocasiona uma sobrecarga muito grande, e muitas vezes desenvolvem depressão, cansaço, stress, ansiedade, por terem a responsabilidade em assumir o bem estar de terceiros. E a maioria dos portadores de transtornos mentais não trabalham, o que demanda uma disponibilidade maior do provedor de cuidado. Principalmente quando se trata de alguns diagnósticos considerados mais graves como a Esquizofrenia, que implica maiores comprometimentos dos processos mentais. (ROSA, 2008, p.240).

Os relacionamentos de cada grupo familiar dependem de como é construída a convivência com o doente mental, de como ele é inserido em seu meio, da intensidade que o transtorno mental vai ganhar, como vai ser visto, entendido no dia a dia, da rotina familiar. Na maioria das vezes a família não percebe o



transtorno mental como doença, mas como desculpa para fugir de certas responsabilidades. Não assumem o distúrbio, rejeita a doença, preferem acreditar que é qualquer outro problema. Quando se trata de criança, ou adolescente, os pais acham que é falta de caráter, de educação, ou até mesmo crise de adolescente, que eles não “bateram”, corrigiram, quando precisava.(ROSA, 2008, p. 243).

É muito difícil a família assumir a doença mental. Às vezes, preferem achar que é algum problema espiritual, pois a sociedade tem uma cobrança muito grande quando se trata de ter um “doido” na família. E um problema espiritual é menos feio, se resolve com oração, enquanto ser louco não tem cura (ROSA, 2008, p.245).

De modo geral, pode-se dizer que assumir a existência de um transtorno mental no meio familiar gera muita ansiedade e tensão no grupo. Com as fissuras das explicações, as dúvidas se intensificam e se manifestam num aprofundamento da desorientação, desnorteamento (ROSA, 2008, p. 245 e 246).

A primeira crise gera grande ansiedade na família, essa ansiedade pode ser atribuída a vários fatores. Primeiro o fator de ter um doente na família, essa doença gerar gastos em relação à doença, segundo, o preconceito existente em relação à doença, ou seja, a pessoa tem um doente mental na família, como se isso fosse uma coisa humilhante, uma coisa que diminuísse socialmente aquela família inteira e um outro fator é o de não ter conhecimento em relação à doença mental, falta de informação do próprio sistema de saúde. (ROSA, 2008, p.245,246).

Na primeira internação, a família foca o tratamento totalmente na cura do portador de transtorno mental. Se preocupam com a parte econômica, temporal, emocional, social, e por isso, a primeira internação se torna muito dolorosa, acaba sendo um “marco”, na vida dos familiares, e também na vida do paciente. Essa internação, pode trazer alterações sociais positivas a respeito do quadro psicopatológico do doente mental, ou negativa em situações que envolvem recaídas, novas crises, ocasionando futuras internações (ROSA, 2008, p.246).

A família passa por todo um processo de culpa, de medo, pensam que é culpa deles, ficam procurando respostas, querendo entender o que deixaram de fazer, ou o que fizeram de errado para a situação ter chegado a esse ponto, “uma internação psiquiátrica”.(ROSA, 2008, p. 247 ).

De acordo com Rosa (2008), a própria invisibilidade da “doença mental”, ativa os fantasmas familiares. Como está habituada com a leitura lesional da doença, em geral buscam, como a psiquiatria, uma causa orgânica para explicar o transtorno mental até como forma de aplacar o sentimento de culpa.

Dessa maneira, há uma intensa demanda por exame de eletroencefalograma, sobretudo nas primeiras crises e nas primeiras internações psiquiátricas. Muito embora o psiquiatra explique que não é necessário tal exame, que geralmente só indica quando há convulsão, “crise de ausência” e suspeita de epilepsia, e se este se recusa a indicá-lo, a família insiste e fica incomodada enquanto não o obtém. “As pessoas quando vêm fazer eletro querem que dê problema porque sentem dores de cabeça forte ou inquietação[...] querem que dê positivo”. Ou seja, buscam uma causa orgânica para o mal-estar psíquico. Querem ver objetivada a “doença” (ROSA, 2008, p. 247).

Algumas famílias ficam cheias de esperanças, e participam ativamente do tratamento, e do dia a dia do serviço, quando permitido. Participam das reuniões de orientação familiar, questionam, querem saber de detalhes da crise, do tratamento. A família acaba transferindo a resposta positiva do tratamento, “a cura”, a estabilidade da doença, para a instituição e principalmente para os profissionais, sobretudo para a intervenção médica (ROSA, 2008, p.248).

Segundo Rosa (2008), vale ressaltar que, no pós-alta da primeira internação psiquiátrica, persiste então a desinformação no meio familiar, todos os sentimentos que acompanham e muitas vezes, o agravamento do sofrimento subjetivo pelos prognósticos fornecidos pelo médico. Quando as crises aumentam e a estabilidade da doença se torna mais complexa, mais difícil, e ocorre mais de uma internação:

Com as constantes reinternações do portador de transtorno mental e com a estabilização ou intensificação dos sintomas, a família experimenta

vários sentimentos em relação a ele, perpassados pela ambivalência, pois, ao mesmo tempo que é “meu sangue”, tende a tornar-se uma ameaça. Desta forma, tende a alterar a visão que tem do portador de transtorno mental. O sentimento mais perceptível inicialmente é o de superproteção, que, em geral pode ser compreendido como um desdobramento do sentimento de culpa. “Superproteção eu imagino que esteja muito associada ao sentimento de culpa que essa necessidade do controle impõe. Se eu tenho medo de alguém muito próximo de mim, eu quero que ele se trate porque eu estou com medo dele, eu vou ficar me sentindo culpado, por gostar tanto dele e estar sentindo medo. (ROSA, 2008,p.252).

A família às vezes tem dificuldade em permitir que o portador de transtorno mental trabalhe, principalmente com medo de o mesmo possuir dinheiro e gastar com bebidas alcoólicas e/ou outras drogas. Em algumas situações a família recebe e administra, o dinheiro do doente mental, em caso de trabalho, ou em caso de algum benefício previdenciário. Há circunstâncias, que por exigência do portador de sofrimento mental, a família concede uma pequena parte do dinheiro para ele, e usa a outra parte para as suas despesas (ROSA, 2008, p.252).

Essa superproteção é bem complexa, pois pode desencadear pontos positivos, ou negativos. Positivos no sentido de poupar o seu ente familiar a cometer gastos exagerados, ou causar riscos para sua saúde e vida. Negativo quando essa exacerbação tende a culminar em um processo de invalidação, não sendo considerado capaz de cuidar de sua própria vida, causando uma rotulação de “diferente”, e dessa forma não ocorre o processo de inserção social. E tal situação acaba por desenvolver uma dependência da pessoa com sofrimento mental, com o serviço de saúde, ou com o cuidador (ROSA, 2008, p.253).

Embora a avaliação do portador de transtorno mental seja atravessada pelo transtorno mental e pelo estigma que essa enfermidade carrega historicamente, de outra forma, as qualidades singulares do portador de transtorno mental, sobretudo afetivas, também sobressaem e, nesse sentido, servem para atenuar o impacto que seu comportamento provoca durante as crises psiquiátricas e aparecem implicitamente as avaliações acerca do merecimento de ser cuidado num momento adverso como este (ROSA, 2008, p. 255, 256).

A maioria dos próprios pacientes “doentes mentais”, cria uma imagem negativa de si mesmos, ou se avaliam de acordo com o trabalho que causam a

seus familiares. Um grande número de famílias cuidadoras, veem o seu ente familiar, como um peso, pelos cuidados que alguns diagnósticos impõem. Pacientes em fase de delírios e alucinações, como é o caso da Esquizofrenia, ficam fora da realidade, e vivem em um mundo que sua mente cria. Portanto apresentam comportamentos muito difíceis de conviver no dia a dia. Comportamentos como: comer lixo, fazer xixi em qualquer lugar, se automutilar, colocar fogo na própria cabeça, por imaginar e sentir a cabeça, cheia de bichos, e muitas agressões físicas (ROSA, 2008, p.256, 257).

Muito embora a experiência em comum com o transtorno mental e com os serviços psiquiátricos homogeneizem as famílias na vivência com o estigma, os diferentes tipos de transtorno mental, sua leitura pela família, sua sintomatologia e formas de enfrentamento tornam-se singulares para cada família (ROSA, 2008, p.258).

Ainda de acordo com a autora, com os alcoolistas e usuários de drogas ilícitas o processo de negação da doença é o mesmo, tanto da parte dos familiares quanto do próprio usuário. Ao negar inicialmente a dependência (compulsão), negam o transtorno. No caso do alcoolismo, existe o agravamento de ser um transtorno lento e progressivo, que geralmente começa na adolescência mas que só vai ser visibilizado, em geral, na idade adulta. Por sua vez, no uso de drogas psicoativas ilícitas, os dois processos tendem a aparecer simultaneamente, o uso na adolescência e sua publicização ocorrem nesta mesma fase (ROSA, 2008, p.260).

## 4.2- DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO MENTAL

O fator “diagnóstico” influencia em grande parte dos retornos do tratamento da doença mental. No Sersam um grande número de pacientes é acometido por psicopatologias que são consideradas mais severas como (a Esquizofrenia e o Transtorno Afetivo Bipolar). E são atendidos pacientes com vários outros transtornos mentais, como: depressão grave, transtorno de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtornos mentais causados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros.

Devido às crises que causam comportamentos de delírios, alucinações e agressividade, fica mais difícil atingir a “estabilidade”. A medicação precisa ser bem administrada por um Médico Psiquiatra competente, pois pode se tornar um problema para o paciente. Reações negativas no organismo podem ocorrer e dificultar a melhora do quadro psiquiátrico. E assim existe todo um processo de adaptação da medicação, que as vezes leva tempo, e quando o organismo aceita o medicamento proposto, é que se percebe melhoras no comportamento da pessoa com sofrimento mental, frisando que é muito importante também para a estabilidade o acompanhamento psicoterapêutico.

Segundo Cheniaux (2002), são levantadas algumas objeções à formulação de diagnósticos. Uma delas está relacionada à ideia de que cada pessoa é uma realidade única e inclassificável: “não existem doenças, mas doentes”. A firma-se ainda que o diagnóstico é estigmatizante, e que ele apenas serviria para rotular as pessoas diferentes, permitindo e legitimando o poder médico, o controle social sobre o indivíduo desadaptado ou questionador.

Mas entre diagnosticar e reduzir a pessoa que recebeu o diagnóstico a um rótulo, há uma grande diferença. Embora possua algumas desvantagens e possa ser usado indevidamente, o diagnóstico representa uma necessidade prática na medicina e na ciência. As finalidades principais do diagnóstico são: comunicação, permitir uma linguagem comum, e previsão, (“diagnóstico é prognóstico”). Além disso, o diagnóstico favorece a investigação científica e fundamenta as medidas terapêuticas e previstas (CHENIAUX, 2002, P.9).

Ainda de acordo com Cheniaux (2002), a psicopatologia é uma disciplina científica que estuda a doença mental em seus vários aspectos: suas causas, as alterações estruturais e funcionais relacionadas, os métodos de investigação e suas formas de manifestação (sinais e sintomas). Comportamento, cognição e experiências subjetivas anormais constituem as formas de manifestação das doenças mentais.

Loucura é o termo coloquial leigo, esquizofrenia é o profissional, psiquiátrico. O conceito de loucura é velho; o da esquizofrenia pertence ao século XX. Os loucos sempre estiveram conosco, como as pessoas que se comportam de forma abusiva e incompreensível, quebrando todos os cânones, não só os civilizados mas também os do comportamento compreensível. Para ser considerado loucura, este comportamento tem que ser duradouro, desenvolver-se como um estilo de vida, ainda que intermitente, uma vez que as aberrações de breve duração são vistas de outras formas. Perda de controle violenta é compreendida e vista como tal, não como loucura. Os conceitos de perda temporária de controle e de loucura são normalmente diferentes, ainda que as comparações sejam intrigantes e que nos levem a perguntar como e por que a loucura é diferente. (SMITH, 1985, p.124).

A esquizofrenia apresenta grande riqueza alucinatória, especialmente na forma paranoide. Predominam as alucinações cenestésicas e auditivas. As visuais são raras. As pseudo-alucinações parecem ser mais frequentes que as alucinações verdadeiras, mas na prática, a distinção pode ser difícil. A sonorização do pensamento, vozes que dialogam entre si, vozes que tecem comentários sobre o comportamento do doente e sensações corporais (cenestésicas) impostas foram os sintomas senso perceptivos incluídos por K. Schneider entre os de primeira ordem para o diagnóstico de esquizofrenia (CHENIAUX, 2002,p.33, 34).

É difícil definir o conceito de delírio, típico mas não exclusivo da esquizofrenia. Ainda assim, apesar de limites indistintos e caos fronteiraços, geralmente não há dúvida real sobre se alguém está ou não delirando. A definição padrão diz: o delírio é uma crença que é de fato não verdadeira, mas é sustentada

inabalavelmente diante de provas em contrário, e que não podem ser explicadas como permissíveis dentro dos limites normais do meio cultural do paciente. Devemos examinar rigorosamente as partes que compõem esta definição. O delírio é uma crença, isto é, não é um sentimento, uma emoção ou uma percepção. A afirmação de crença pode ser implícita, mas fica claro que é uma crença. Pacientes esquizofrênicos acreditam que são perseguidos, vigiados, hipnotizados contra sua vontade, e que se intrometem com ele. Acreditam ser pessoas muito importantes, relacionadas com a Família Real, uma reencarnação de Jesus ou da Virgem Maria prestes a dar à luz de forma imaculada (SMITH, 1985, p. 30).

O transtorno afetivo bipolar é um transtorno de humor, com oscilações entre fase eufórica (mania) e depressão. Geralmente se inicia no fim da adolescência e início da fase adulta, mas pode aparecer na infância, e ser confundido com déficit de atenção e hiperatividade. Entretanto, por ser um transtorno que geralmente se inicia na adolescência, é na maioria das vezes, muito difícil para a família compreender que existe de fato um transtorno mental, que seu ente familiar está doente e precisa de cuidados especiais. Por se tratar de um transtorno que apresenta comportamentos agressivos, irritabilidade, alegrias exageradas sem motivos, ficam totalmente energéticos ou depressivos, impulsividade e tentativas de suicídio. É quase impossível conviver com esse sofrimento mental, e quando o paciente entra em crise, é necessário internação psiquiátrica. Portanto é imprescindível a aceitação e o acompanhamento da família (SMITH, 1985, p. 36).

BERK (2011) afirma que: o transtorno bipolar é mais do que as alterações de humor que as pessoas experienciam em resposta aos pontos altos e baixos de suas vidas. O transtorno implica episódios de humor em que o pensamento, as emoções e o comportamento de uma pessoa alteram-se visivelmente durante um período considerável, o que afeta o cotidiano. Por vezes, a pessoa poderá ter apenas alguns sintomas em vez de um episódio propriamente dito. Ter conhecimento de alguns sintomas ou episódios que podem ocorrer pode ajudar a identificar quando o paciente apresenta essa doença.

Pessoas com esse transtorno sofrem graves prejuízos no decorrer de suas vidas, principalmente na fase de euforia/mania. Abusam de álcool e outras drogas, gastam muito dinheiro, fazem dívidas sem ter condições financeiras para isso, destroem relacionamentos familiares, geralmente as mulheres sofrem mais com o aumento exagerado da libido, colocam sua moral em risco, e podem causar graves consequências. É muito importante ser diagnosticado o mais cedo possível, para evitar problemas como os mencionados acima (SMITH, 1985, p. 37).

Segundo Duarte (2010), a ideia de reabilitação psicossocial não deve ser entendida como uma adaptação ou ajustamento do louco a um determinado padrão de normalidade, mais sim como reintegrar-se e recuperar-se a si próprio e a rede intersubjetiva, possibilitando ao sujeito o sentimento de estar no mundo com sua diferença.

## **5-MEDOTOLOGIA**

Será realizado um projeto de intervenção em Educação em Saúde Mental, com palestras educativas para as famílias dos usuários do Serviço de Referência em Saúde Mental do Município de Divinópolis-MG. Será desenvolvido para as palestras educativas, slides com conteúdos específicos de cada transtorno mental, como identificar o início de uma crise, e os principais sintomas. As palestras serão ministradas quinzenalmente durante as reuniões de orientação familiar, e acontecerão em seis meses.

No mês 1 acontecerá uma reunião com a equipe de Serviço Social do Sersam, e a primeira palestra sobre Esquizofrenia, delírios e alucinações. No mês 2, palestras sobre neurose e psicose, e Transtorno Afetivo Bipolar. No mês 3, Transtornos de Personalidade e Depressão. Mês 4, Transtorno Obsessivo e Compulsivo (TOC), e Síndrome do Pânico. Mês 5, Dependência Química, Álcool, Crack, Maconha e Cocaína. E no mês 6, reunião familiar para monitoramento de resultados.



O projeto visa orientar as famílias sobre as dificuldades em saber como agir no momento de crise, e as dificuldades em alcançar a estabilidade da doença mental, pretende-se levantar proposições e buscar saídas, para que as famílias possam contribuir na estabilidade do paciente.

## **6-PLANO DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, PARA O SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL (SERSAM) DE DIVINÓPOLIS/MG.**

### 6.1- Definição do Problema

Famíliares que passam por internações, principalmente pela primeira internação, não sabem como lidar com o paciente nos momentos de crise, e quando os mesmos recebem alta da instituição.

Principais problemas observados:

- A dificuldade de convivência no ambiente familiar,
- Dificuldade dos familiares em saber como agir no momento de crise,
- Não adesão ao tratamento proposto,
- Dificuldade de alcançar a estabilidade da doença mental,
- Retorno dos pacientes em crise ao tratamento

### 6.2-Priorização do problema

Diante da lista de problemas descritos a cima, utilizarei como foco para as palestras: a dificuldade que pode ser minimizada pela equipe, a dificuldade de

convivência no ambiente familiar, e dificuldade dos familiares em saber como agir no momento de crise.

### 6.3- Descrição do problema selecionado

O não acompanhamento da família no tratamento da pessoa com sofrimento mental, pode dificultar a estabilidade do paciente. Pois, é fundamental que alguma pessoa responsável pelo doente mental, o que chamamos de “cuidador”, esteja acompanhando o mesmo. No momento da internação, participando das reuniões de orientação familiar, preparar o ambiente doméstico para receber o doente mental após a alta da instituição, e acompanhá-lo na continuidade do tratamento, nas consultas agendadas no ambulatório, e nos atendimentos nas instituições que compõem a rede socioassistencial de saúde mental do seu município.

## **7- SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS**

Os nós críticos são as causas principais dos problemas selecionados, que necessitam de intervenção com operações eficazes para sua resolução ou minimização. Durante a realização das reuniões de orientação familiar, foi observado que a grande maioria das famílias desconhecem as particularidades da doença mental. Elas não sabem como agir nos momentos de crise, principalmente quando se trata de diagnósticos como: Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar e Dependência Química. Pois os mesmos apresentam comportamentos de delírios e alucinações, o que dificulta aos familiares entenderem o que é real ou não.

## **8 - CONSEQUÊNCIAS DOS PROBLEMAS**

A grande maioria dos transtornos mentais não possuem cura, e sim estabilidade. Diante dessa realidade é preciso tratamento contínuo para a doença mental, pois quando essa continuidade não acontece, pode ocasionar o agravamento da doença, desenvolvendo novas crises, novos diagnósticos, internações, e dificuldade de alcançar a estabilidade.

## **9-PÚBLICO ALVO**

Serão beneficiados os pacientes do Serviço de Referência em Saúde Mental, os familiares e os profissionais de Serviço Social.

## **10- RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS**

**QUADRO- 1**

<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>
Espaço para ministrar as palestras	Equipe de Reunião de orientação familiar
Cadeiras e mesas	Assistente Social da Instituição
Aparelho eletrônico Data Show e notebook	

## **11- PARCEIROS OU INSTITUIÇÕES APOIADORAS**

O projeto conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal.

## **12-METAS**

- Melhorar a convivência no ambiente familiar do doente mental,
- Diminuir o número de reinternações no Serviço de Referência em Saúde Mental,
- Incluir a família no tratamento da pessoa com sofrimento mental.

## **13- AÇÕES**

- Orientar as famílias sobre a importância do acompanhamento no tratamento da doença mental,
- Orientar as famílias sobre a importância da continuidade do tratamento após a alta, nas instituições que compõem a rede socioassistencial de saúde mental, e nas consultas agendadas no ambulatório do Serviço de Referência em Saúde Mental,
- Orientar sobre a importância da medicação e do acompanhamento psicoterapêutico,
- Orientar sobre a importância da participação da família nas reuniões de orientação familiar, realizadas no Serviço de Referência em Saúde Mental, pois a mesma também precisa de acompanhamento.

## 14-INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Reunião com os familiares para identificar os benefícios alcançados com as palestras educativas.

## 15-CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO- QUADRO- 2

ATIVIDADES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Reunião com a equipe de Serviço Social do Sersam	X					
Primeira palestra-Sobre Esquizofrenia	X					
Ainda sobre Esquizofrenia, Delírios e alucinações	X					
Neurose e Psicose		X				
Transtorno Afetivo Bipolar		X				

Transtornos de Personalidade			<b>X</b>			
Sobre Depressão			<b>X</b>			
Transtorno Obsessivo e Compulsivo (TOC)				<b>X</b>		
Síndrome do Pânico				<b>X</b>		
Dependência Química-Álcool					<b>X</b>	
Dependência Química-Crack, Maconha e Cocaína					<b>X</b>	
Reunião familiar para monitoramento de resultados						<b>X</b>

## REFERÊNCIAS

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

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

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

ALCANTARA, Ana Lúcia Gomes e MARTINS, Aline de Carvalho, DUARTE, Marcos José de Oliveira. **Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas.** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

BERK, Lesley. **Guia para cuidadores de pessoas com Transtorno Bipolar.** São Paulo: Segmento Farma. 2011.

BRASIL, **Constituição da Republica Federativa do Brasil.** Senado Federal. Secretaria Especial de Editoração e Publicações. Subsecretaria de Edições Técnicas. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2003.

BRASIL, Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Site disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/10216.htm)> Acessado em: 12 de Agosto de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL, Ministério da saúde. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à saúde, Departamento de Assistência e Promoção à saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. – Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. **Manual do programa De Volta Para Casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, José M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CORRÊA, Joel Machado. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu. 1999.

COSTA; TUNDIS. **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

COUTO, B. R. C. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2004.

CHENIAUX, Elie. **Manual de Psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2002.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1978.



CLÍNICA SÃO BENTO MENNI, site da clínica disponível em:  
<<http://www.hospitaleirasbrasil.org/index.php?irmas=Nav/ClinicaFotos>>  
Acessado em: 06 de Fevereiro de 2015.

CRUS, José Ferreira. **A participação social na discussão, implementação e consolidação da Política Pública de Assistência Social**. Belo Horizonte/MG. Especialização em Políticas Públicas, DCP/UFMG, 2004.

DIVINÓPOLIS, **Secretaria Municipal de Saúde**. Plano Municipal de Saúde: Gestão 1988 – 1991. Divinópolis, 1991.

DIVINÓPOLIS, **Secretaria Municipal de Saúde**. Relatório final da II Conferência municipal de saúde. Divinópolis, 1995.

DIVINÓPOLIS, **Secretaria Municipal de Saúde** de. Relatório de gestão 2005. Divinópolis, 2005

DUARTE, Ronaldo Alves. **[Re] tratando a Família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental. [manuscrito]**. – 2008.

FRANCO, Augusto. **ESCOLA DE REDES: novas visões**. 2008. Site disponível em:<<http://escoladeredes.ning.com/group/bibliotecaaugustodefranco>> Acessado em : 26 de Janeiro de 2015.

GONDIM, Denise Saleme Maciel. **Análise da implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 2a.

Ed. São Paulo: Cortez, 1983. Parte II – Aspectos da História do Serviço Social no Brasil 1930 – 1960.

LOAS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: Ascom, 1993.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, Márcia Santos e Castro. **Cartografias da rede de Saúde: um estudo sobre uma Instituição pública voltada à saúde mental e seus efeitos no município de Santo Antônio do Monte – MG**. (Mestrado) Fundação Educacional de Divinópolis; 2008. P. 31 apud, BRASIL, 2005.

PEREIRA, William César Castilho. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática**. 2. ed. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas, 2001.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida; (orgs). **Cidadania e Loucura: políticas da saúde mental no Brasil**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

RIBEIRO, Juliana Borges e CLEMENTINO, Marcos Túlio Resende. **O Transtorno Mental no Contexto Familiar: Uma Visão a partir do Sersam/ Divinópolis –**

**MG.** 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Estadual de Minas Gerais – FUNEDI- Divinópolis/MG, Graduação em Serviço Social.

RODRIGUES, Lopes. **A doença mental no Brasil. Revista brasileira de saúde mental**, vol. 5: 1959-1960 apud RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** In: COSTA, Nilson do Rosário;

TUNDIS, Silvério Almeida; (orgs). **Cidadania e Loucura: políticas da saúde mental no Brasil.** 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família.** São Paulo: ed, Cortez, 2008.

SILVA, Lucimar Pereira da. **Histórico do Museu da loucura e do Centro hospitalar psiquiátrico de Barbacena.** Barbacena: Museu da loucura - CHPB/FHEMIG, 2003. Mimeografado.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** São Paulo: ed, Cortez, 2009.

SMITH, Andrew. **Esquizofrenia e Loucura.** Trad. de Dóris Vasconcellos. Porto Alegre: ed, Artes Médicas, 1985.

TUMOLO, Paulo Sergio. **Reestruturação Produtiva no Brasil: Um Balanço Crítico Introdutório Da Produção Bibliográfica.** Educação & Sociedade, ano XXII, nº 77, Dezembro/ 2001.