

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE MENTAL**

**MAÍRA MATOS MELLO**

**ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM  
SOFRIMENTO MENTAL, USUÁRIO DO CAPS II DE SÃO LEOPOLDO/RS**

**São Leopoldo  
2016**

Maíra Matos Mello

**ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM  
SOFRIMENTO MENTAL, USUÁRIO DO CAPS II DE SÃO LEOPOLDO/RS**

Artigo apresentado como requisito para  
obtenção do título de Especialista em  
Saúde Mental, pelo Curso de  
Especialização em Residência Integrada  
Multiprofissional em Saúde Mental da  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –  
UNISINOS

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela da Silva Almeida

São Leopoldo

2016

## **ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL, USUÁRIO DO CAPS II DE SÃO LEOPOLDO/RS**

Maíra Matos Mello\*

**RESUMO:** Com objetivo de compreender o envolvimento da família no tratamento da pessoa com sofrimento mental, realizou-se um estudo qualitativo. Considerando-se a perspectiva da pesquisa qualitativa e utilizando entrevistas semiestruturadas, foram entrevistados 5 familiares/cuidadores de usuários que utilizavam o Centro de Atenção Psicossocial de São Leopoldo – RS, CAPS II Capilé. Teve-se como objetivo geral analisar o envolvimento da família no tratamento da pessoa em sofrimento mental. O discurso dos entrevistados permitiu identificar as categorias: entendimento do familiar a respeito do transtorno que o usuário acompanhado pelo CAPS possui, entendimento do familiar quanto às medicações, participação da família no acompanhamento do tratamento do familiar, vínculo da família, aceitação da família frente ao diagnóstico do usuário, dificuldades mais comuns de convivência com a pessoa com transtornos mentais e sofrimento do familiar que acompanha o usuário. Conclui-se que os profissionais do CAPS precisam efetivar suas práticas no grupo de familiares, incluindo núcleos diferentes, contemplando a interdisciplinalidade, com o propósito de informar e integrar o familiar no processo de atenção ao usuário, incentivando sua participação. Também foi visto que pode ser proveitoso para esse grupo que a proposta do grupo de familiares englobe não somente os familiares que acompanham, mas se possível, envolva também os familiares que não estão implicados diretamente no cuidado desse usuário do CAPS, para desmistificar a questão dos transtornos mentais e trabalhar o preconceito que ainda existe, desta forma, os trabalhadores poderiam alcançar este objetivo dentro da luta antimanicomial.

Palavras-chave: Famílias. Saúde mental. Serviço social. CAPS.

### **1 INTRODUÇÃO**

O propósito de compreender qual é o envolvimento das famílias no tratamento das pessoas com transtornos mentais surgiu ao observar que grande parte dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS) de São Leopoldo comparecem ao serviço acompanhados de um familiar, e por vezes, este acompanhante é o mesmo em todos os atendimentos, consultas e grupos. O acompanhante do usuário do CAPS II Capilé passa a ser o responsável por viabilizar o tratamento do seu ente, transportando, acompanhando, comprando e controlando as medicações, agendando consultas e atendimentos, incentivando e principalmente se implicando no cuidado no lar, o local onde a pessoa com sofrimento mental passa

---

\* Assistente Social (Fundação Universidade do Tocantins - UNITINS, 2012). Residente em Saúde Mental, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. mairamattos@hotmail.com

a maior parte do seu tempo, convivendo com todos os familiares que moram na mesma residência.

O interesse em conhecer como essa família convive com a pessoa que possui um transtorno mental, portanto, visa aprofundar o conhecimento do tema, investigando como se dão essas relações além do serviço de saúde que a pessoa doente frequenta, e pretende ao expor os dados, uma reflexão que possa gerar intervenções futuras que auxiliem os familiares e profissionais nesse cuidado.

No artigo será apresentado um breve histórico de como a Saúde Mental vem se estruturando desde a Reforma Psiquiátrica no Brasil; estará ilustrada a historicidade da construção da rede de Saúde Mental do município de São Leopoldo no estado do Rio Grande do Sul, local onde aconteceu a pesquisa; serão contextualizadas as novas configurações familiares brasileiras e suas modificações através do último século, famílias essas, que foram colocadas através destas políticas como protagonistas do cuidado da pessoa que possui transtornos mentais, modificando a lógica de institucionalização, e asilamento destes sujeitos que para assim revelar os resultados obtidos através da pesquisa.

## **2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

O surgimento de uma nova concepção de Saúde, moldada nos princípios de universalização, descentralização, participação, e de que a Saúde é um direito de todos e dever do Estado, estabelecida no processo de proposições da mudança do sistema de Saúde, também foi objeto de uma grande mobilização para que fosse definida pela Assembleia Constituinte em 1988, este conceito foi legitimado na Constituição Federal Brasileira de 1988, base para a Lei Orgânica da Saúde - SUS, na forma das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. O significado transformador do movimento da Reforma Sanitária foi sua proposta de ruptura com a forma histórica de organização da política de Saúde no Brasil: centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. (DIAS, 2007).

A Saúde estabelecida como direito de cidadania e dever do Estado, originando uma visão desmedicalizada da Saúde, dado que, infere-se uma definição afirmativa, diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que percebe a Saúde como ausência relativa de doenças é instituída. Nesta mesma direção, no campo de

Saúde mental também explana um movimento importante dos segmentos sociais nele envolvidos. (DIAS, 2007).

Na década de 1970, surge o Movimento da Luta Antimanicomial que passa a denunciar as circunstâncias de segregação social de pessoas com transtornos mentais. Propôs mudanças de concepção sobre a doença mental, o direito destes a passarem ser considerados cidadãos e alteração no modelo de atenção terapêutico hegemônico, o hospitalocêntrico, onde se inclui a família. (DIAS, 2007).

Os familiares de pessoas com transtornos mentais foram ensinados que para tratar e cuidar do seu ente, só era possível através da internação em hospital psiquiátrico, nessa época não existiam as redes de atenção psicossocial, e nem outras formas de cuidado para as pessoas com transtornos mentais, o que ocasionava longas e frequentes internações psiquiátricas, muitas vezes desnecessárias. (FRAZATTO; BOARINI, 2013).

A partir destas discussões, o hospital psiquiátrico passa a representar uma instituição manicomial em decorrência de seu modo *operandis* gerar uma resultante degradação nos indivíduos pela padronização do atendimento, a partir das classificações nosológicas, o que reforça uma despersonalização dos sujeitos; utilização de espaços limitantes como medidas terapêuticas, ocasionando uma dupla mortificação; desconhecimento do motivo da internação por parte do próprio indivíduo internado; privação da liberdade de expressão e de privacidade; violação de correspondência; negação da sexualidade; infantilização; acesso à atividade como recompensa e a interdição civil e perda de vínculos familiares. (DIAS, 2007).

Em 1990, a Declaração de Caracas define que as legislações dos países devem se ajustar assegurando o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas com transtornos mentais, promovendo a organização de serviços que garantam seu cumprimento, que a capacitação dos trabalhadores de Saúde mental seja realizada indicando um modelo cujo eixo percorra pelos serviços de Saúde comunitário e assegure a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação. Assim, os países começam a estabelecer os conceitos de Saúde mental humanizada. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1990).

Com a Lei 10.216 de 2001, que trata de garantir os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais no Brasil redirecionou-se o modelo assistencial em Saúde mental, e foi criada a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil. (BRASIL, 2001).

Com o avanço da Reforma Psiquiátrica, a lógica de cuidado à pessoa com transtorno mental, transforma-se mundialmente. O psiquiatra italiano Franco Basaglia (1985), reconceitua a atenção psiquiátrica, desconstruindo o sistema manicomial que tutelava e mantinha sob a gestão hospitalocêntrica e medicalocêntrica os usuários, retirando sua autonomia, convívio social e familiar de forma desumana. Os vínculos com os familiares eram estremecidos durante períodos prolongados de internação em hospitais psiquiátricos. (DIMENSTEIN et al., 2010).

O adoecimento mental até então possuía o caráter de marginalização, na lógica capitalista, onde quem não produz não faz parte da sociedade, e como parte agravante do adoecimento surgia a segregação como limpeza social, contemplando a lógica higienista. Controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção é a função do hospício, asilar essas pessoas era a maneira de não enxergar os problemas sociais causados pelos transtornos mentais. (BASÁGLIA, 1985).

A mudança de conceitos na Saúde mental por meio da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária passa a sair do sistema de centralidade médica, ampliando e desenvolvendo o conceito de Saúde que passa a ser considerado baseado na determinação social do processo de adoecimento mental, contemplando a totalidade do sujeito. Essas mudanças traçam uma concepção teórico-política, dando reconhecimento à pessoa em sofrimento mental e o caráter de sujeito com transtorno mental possuidor de direitos à uma atenção integral em Saúde. (ROSA, 2008).

No Brasil, com o movimento militante pela reafirmação dos direitos à atenção digna aos antes conhecidos como “loucos”, o modelo assistencial em Saúde mental é redirecionado e se transforma no marco da Reforma Psiquiátrica, com a Lei 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, prevendo a extinção dos manicômios. A partir de então, a inserção familiar, no trabalho e na comunidade, com o protagonismo do usuário, passa a ser avanço desse novo modelo de atenção psicossocial brasileiro. (BRASIL, 2001).

Desta forma, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira destinam-se à melhoria da qualidade de vida das pessoas com sofrimento psíquico, buscando resgatar sua condição de sujeito político e autônomo, resgatando sua cidadania e vínculos familiares.

Em sequência, um novo modelo de atenção e cuidado que reduzam as internações em hospitais psiquiátricos é proposto, garantindo a continuidade do

cuidado do usuário no meio familiar, respeitando os recursos disponíveis na comunidade. (SOUSA; PANZETTI, 2012).

O cuidado deve ser realizado por meio dos seguintes serviços: Atenção Primária em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial. Esses conceitos se dão através da Portaria 3.088 de 2011, republicada em 2013, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e estabelece os serviços substitutivos (Centros de Atenção Psicossociais- CAPS) como alternativas terapêuticas aos manicômios, e o retorno dessas pessoas para seus lares. (BRASIL, 2001).

A noção dos direitos serem pauta de projetos terapêuticos, orientadores da ação de cuidados, significa conhecer quem é o usuário que precisa de atenção, qual sua realidade quanto às condições de moradia, trabalho, educação, cultura, vínculos afetivos e sociais [...] que a ação terapêutica seja uma ponte para a construção de novas relações sociais, de possibilidades de construção de outras oportunidades de vida, numa sociedade tão desigual. O problema não é só o transtorno mental que precisa ser cuidado continuamente e por toda a vida, mas como colaborar para que os indivíduos portadores destes transtornos sejam cidadãos e incluídos no mundo. Portanto, é fundamental que se possam vislumbrar possibilidades de alargamento de acesso a direitos, e no caso da Saúde mental, constatar que a superação do manicômio não se reduz à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas sim a uma perspectiva ética de relação entre sujeitos distintos, mas iguais de direitos. (DIAS, 2007, p 144).

Acontece desde então uma mudança de paradigmas e substituindo o modelo de exclusão, para justificar a interrupção do modelo de aprisionamento dos usuários de Saúde mental, o modelo de Atenção Psicossocial com a criação da RAPS, contribuiu para transformar a realidade das pessoas em sofrimento mental grave e suas famílias, além de causar uma reflexão na sociedade, já que, anteriormente os vínculos familiares e relações sociais eram interrompidas com o asilamento do usuário e exclusão desse sujeito. Desta forma a Política de Saúde Mental no Brasil ganha forma e força dentro das diretrizes de saúde, implicando o Estado na construção desse modelo de atenção como historiado a seguir.

## **2.1 Política de Saúde Mental Brasileira e a Criação dos Centros de Atenção Psicossocial**

A Saúde mental brasileira tem desenvolvido um conjunto de instrumentos de cuidados, que estruturam a rede de atenção integral em Saúde mental, conforme disposto na II Conferência Nacional de Saúde Mental (1994). Visando contemplar as necessidades singulares e sociais das pessoas com transtorno mental, foram implantadas modalidades de serviços de Saúde que representam as mudanças na política de Saúde mental: Serviço Residencial Terapêutico, Centro de Atenção Psicossocial, de Volta para Casa e Inclusão Social pelo Trabalho. (DIAS, 2007).

A mudança de entendimento e olhar para a “loucura” estabeleceram-se através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), e as primeiras normas relacionadas à fiscalização dos hospitais psiquiátricos existentes. (BRASIL, 2005).

A transformação do paradigma medicalocêntrico se deu com a inserção, capacitação e valorização dos demais profissionais das áreas de Saúde, não médicas no processo de desinstitucionalização, desta forma a reestruturação da assistência psiquiátrica de forma ampla foi contemplada. Esse protagonismo trouxe um novo viés, considerando a singularidade do usuário e a familiar no processo do cuidado. (BRASIL, 2004).

A estruturação da Saúde Mental do município de São Leopoldo no Rio Grande do Sul se estabelece, portanto, fundamentada nas diretrizes brasileiras, a partir do ano de 2002, após todas as transformações e a reestruturação da assistência à pessoa com transtornos mentais contemplando a atenção ampliada, psicossocial, como será elucidado.

## **2.2 Rede de Saúde Mental do município de São Leopoldo/RS**

Nos anos 1990, o serviço de Saúde Mental do município de São Leopoldo dedicava-se ao cuidado e atendimento das pessoas egressas de instituições psiquiátricas, sendo realizado em uma pequena sala cedida pela secretaria municipal de Saúde. Em 1992, devido à crescente procura por atendimentos em Saúde mental, passou-se a priorizar o atendimento para adultos em sofrimento psíquico e seus familiares e/ou cuidadores. No centro do município, recebendo o nome de Centro de



Convivência Capilé em 2002, com a aprovação da Lei nº 10.216/2001 estabelece-se e regulamenta-se o funcionamento dos CAPS, o município de São Leopoldo credenciou o Centro de Convivência junto ao Ministério da Saúde (MS) como CAPS II Capilé. A partir de então, o serviço passou a receber recursos federais e a seguir as normativas estabelecidas para o funcionamento dos CAPS. (SÃO LEOPOLDO, 2010).

Ressalta-se que a Saúde Mental do município de São Leopoldo é composta pelos seguintes serviços: CAPS II, CAPS i, CAPS AD, atendimento psiquiátrico e psicológico no Centro de Especialidades Médicas Capilé; Unidade Psiquiátrica no Hospital Centenário; Central de Leitos Psiquiátricos; Convênios com clínicas de desintoxicação; Comunidades terapêuticas e Hospitais psiquiátricos. (SÃO LEOPOLDO, 2010).

Na perspectiva de tratamento em CAPS, a família torna-se fundamental para que o tratamento do usuário tenha efetividade, já que o usuário finalmente sai do manicômio e retorna ao seio familiar, para o cuidado em liberdade, com o fortalecimento dos vínculos familiares.

### **2.3 Contextualização das Novas Configurações Familiares Brasileiras**

A inserção da família no tratamento é um componente indispensável para a Reforma Psiquiátrica, considera-se o redirecionamento da assistência em Saúde mental com ações e procedimentos que visem a reintegração familiar, social e profissional, bem como uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com transtorno mental e do familiar, por isso, envolver a família no tratamento e cuidá-la é uma das funções da equipe de Saúde dos serviços substitutivos, principalmente do CAPS. (SILVA; ROSA, 2014).

Identificada como uma das mais antigas instituições balizadoras de valores e tradicionalmente considerada base da sociedade, sobretudo no contexto brasileiro, sem contar com um Estado de bem-estar social, a família brasileira se mantém acumulando várias funções protetivas e identitárias, caracterizando-se singularmente nos momentos históricos, políticos e econômicos que viveu o País. (SILVA; ROSA, 2014). Numa linha de mudança,

A família passou por várias transformações na segunda metade do século XIX: ampliou-se a participação das mulheres no mercado de trabalho e nas universidades, observando-se as diferenças entre as classes sociais, pois as mulheres mais pobres, em sua grande maioria, continuavam com pouca

qualificação e baixa escolaridade. O casamento sofreu transformações, sendo efetivado através da anuência do casal, com a livre escolha do parceiro, e norteadas principalmente pela afinidade entre o casal e por fatores afetivos e emocionais com bases no amor romântico. A tradicional família nuclear apresenta transformações. Além do pai, a esposa e os filhos inserem-se no mercado de trabalho, auxiliando nas despesas e na manutenção da família, alterando padrões de hierarquia, autoridade e sociabilidade. Surge a família contemporânea que é construída através de uma somatória de experiências e trajetórias particulares, manifestando-se através de arranjos familiares diferenciados e peculiares, denotando a impossibilidade de identificá-la como um padrão familiar uniforme e ideal. (ÁLVARES; JOSÉ FILHO, 2009, p. 15-16).

As transformações dos novos modelos de arranjos familiares, leva a observar que diante das mudanças, os modelos de atenção devem se adequar à nova realidade familiar brasileira, fornecendo condições de trabalhar as relações familiares e suas implicações com uma lógica realista, levando em conta a desconstrução do modelo tradicional, fomentando a inclusão dos novos conceitos. Junto às tradicionais famílias constituídas através de uniões estáveis entre homem e mulher com sua prole, são novas configurações familiares atualmente: as reconstituídas, após a separação conjugal, e novo casamento, com presença de padrastos e madrastas, meio irmãos e enteados, avós que moram e cuidam de seus netos e possuem a função de provedor principal, monoparentais femininas e masculinas no qual apenas um dos pais é responsável pelos filhos, as uniões homoafetivas e as unipessoais, que podem contar com a presença de animais de estimação como membros familiares ou não. (VASCONCELLOS, 2013).

Os diversos campos do conhecimento precisam refletir sobre essas diferentes configurações familiares associadas à herança dos modelos tradicionais, no sentido de procurar a qualidade de vida dos membros numa organização diferente, minimizando os efeitos negativos sobre o desenvolvimento. Repensar os novos valores sociais e culturais, preconizando a promoção de Saúde entre os membros da família, mais do que a manutenção das configurações familiares, é tarefa básica dos diferentes profissionais que atentam para a Saúde no ambiente familiar. (OLIVEIRA et al, 2008).

A intervenção profissional deve se estabelecer observando com atenção as relações familiares e seus contextos atrelando o atendimento ao usuário, ao atendimento da família, pois, são indissociáveis.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa do tipo qualitativa, de corte transversal. Teve como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada.

A pesquisa do perfil familiar dos usuários do CAPS II Capilé foi realizada com cinco familiares ou acompanhantes de cinco usuários do serviço CAPS Capilé de São Leopoldo-RS.

Os participantes foram convidados aleatoriamente a partir dos grupos que ocorrem no CAPS Capilé na segunda-feira, pois, são grupos diversificados com usuários que estão sendo acompanhados no serviço e possibilitaram que pudéssemos investigar o envolvimento da família no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, visando contemplar os objetivos de identificar o perfil sócio-demográfico da família, pesquisar a aceitação da família frente ao diagnóstico e condição do usuário, averiguar qual o vínculo que a família do usuário possui com ele e identificar como se dá a participação da família no acompanhamento do tratamento do familiar em sofrimento mental usuário do CAPS II de São Leopoldo/RS.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), (CAAE: 59539616.1.0000.5344), o projeto foi apresentado para os familiares e/ou acompanhantes que foram convidados para participar da pesquisa e foi feita a escolha dos locais para a realização das entrevistas, então os procedimentos da pesquisa tiveram início.

Foram incluídos apenas os familiares/acompanhantes que se dispuseram a participar voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Conhecimento (APÊNDICE A) e uso das informações da pesquisa.

A pesquisa foi realizada conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.

No decorrer da pesquisa as etapas desenvolvidas iniciaram com o contato e reunião com a coordenação da Secretaria de Saúde do Município, NUMESC (Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva) e coordenação de Saúde Mental para divulgar, autorizar o projeto e buscar apoio e uma reunião com o Colegiado Gestor da Saúde mental e com a equipe do serviço CAPS do município para exposição do projeto e esclarecimento de dúvidas, além da distribuição do cronograma para realização da pesquisa.

Cada familiar ou acompanhante foi escutado (a) individualmente e respondeu o formulário de pesquisa contendo a ficha de dados sócio demográficos (APÊNDICE B), por meio da entrevista semiestruturada (APÊNDICE C). As entrevistas foram realizadas no serviço CAPS Capilé em uma sala com privacidade. Victora (2000) descreve este modelo de entrevista como um método significativo que auxilia a estabelecer uma relação próxima entre os participantes da pesquisa e o entrevistador. Adotamos a entrevista semiestruturada para poder captar a expressão dos participantes, possibilitando proporcionar um espaço espontâneo, que contenha expressão e flexibilidade, o que diferenciou a pesquisa de um questionário comum. (FLICK, 2009).

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo das entrevistas. Desta maneira, aplicou-se a análise de conteúdo com base em Bardin (2011), para compreender os dados adquirido com o método de análise.

A concepção para normatização da análise de conteúdo, foi elaborada a partir dos seguintes aspectos: o método; a prática do método; e as técnicas que possibilitam o emprego do método. Desta forma foi realizada a pré-análise ordenando dos dados; realizando a leitura inicial de todo o conteúdo; foi feita a escolha dos registros, dos documentos determinando todos os critérios. Buscou-se no primeiro momento, organizar o material que possuem as informações com os documentos utilizando-se da leitura do material. (BARDIN, 2011)

Fez-se então a análise ou exploração do material: realizou-se a codificação, categorização e quantificação dos dados.

Em conclusão, o tratamento do material e a interpretação foi a relação das respostas dadas pelos familiares nos formulários considerado o contexto do usuário, interação com o CAPS e com a fundamentação teórica relacionada ao tema.

Buscou-se a organização do material no primeiro momento, em que se realizaram os contatos iniciais com os documentos por meio da leitura flutuante. Conduziu-se então para a escolha documental, ao levantamento das hipóteses e à preparação do material que foi analisado. (GIL, 2010).

No segundo momento, foram exploramos os materiais selecionados detalhadamente, passando pelos processos de codificação, classificação e categorização. No terceiro momento da análise de conteúdo, executou-se à interpretação e a inferência dos dados, conferindo dessa forma, significação e validação aos mesmos.

Após esse processo, todos os dados foram comparados com outros dados científicos da literatura, tentando validar ou contestar os resultados encontrados pela pesquisadora. (GIL, 2010).

#### 4 RESULTADOS

Nesse item, serão apresentados os resultados da pesquisa com os familiares e/ou cuidadores dos usuários do CAPS II Capilé em São Leopoldo- RS inseridos no atual modelo de atenção em Saúde mental.

Quanto ao perfil dos familiares e/ou cuidadores entrevistados, pode-se identificar que 80% são do sexo feminino; 60% dos familiares entrevistados eram mães dos usuários; 20% pais de usuários e 20% cônjuges, 60% das famílias são monoparentais, possuindo a mulher como a responsável pelo sustento e cuidado da família. A idade média dos participantes era de 49 a 76 anos. Quanto à escolaridade dos entrevistados, 40% eram não alfabetizados; 40% possuem nível médio completo e 20% não concluiu o ensino fundamental. Góes (2004) explica que o cuidado domiciliar relacionado à complexidade dos transtornos mentais, necessita de uma reflexão profunda, relacionando os aspectos peculiares que forçam os familiares na busca de estratégias de enfrentamento das questões, que os direcionam para o âmbito doméstico, incidindo sobre a mulher historicamente reconhecida como figura familiar responsável pelo cuidado. Esse panorama revela a face oculta da exploração feminina também na responsabilização, sem divisão de tarefas com os familiares, impedindo assim a ascensão da mulher em sua vida pessoal, como observado durante a pesquisa. É notório que:

A presença de uma pessoa com transtorno mental produz um impacto nos outros membros da família, tendo em vista que, os familiares ficam sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Essa sobrecarga familiar é sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mas também nos encargos econômicos. Em geral, os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. São altos os custos para se manter uma pessoa nesta situação, além de limitar o acesso do cuidador no mercado de trabalho, devido às restrições de horários disponíveis. (NAVARINI; HIRDES, 2008, p. 683).

Os dados referentes às características sociodemográficas dos participantes se apresentam da seguinte forma entre os familiares e cuidadores pesquisados: 20% dos

cuidadores mantêm-se com Benefício de Prestação Continuada (BPC) do usuário, e dedica-se ao cuidado do familiar em tempo integral, 20% de desempregados, 40% de aposentados ou beneficiários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e 20% de profissionais liberais (autônomos).

Em relação ao tipo de encaminhamento, 100% dos familiares relataram que o familiar atendido no CAPS Capilé já fazia tratamento em serviços de saúde mental, ou tinham passado por alguma modalidade de tratamento psiquiátrico ambulatorial ou de pelo menos uma internação hospitalar, conforme pode-se constatar nas falas dos entrevistados: *“Ele saiu de lá de [Hospital] Portão, esse médico e foi pra Porto Alegre trabalhar, daí nós não tínhamos como encaixar e daí mandaram ele pra cá [...] ele esteve internado no [Hospital] São Pedro em Porto Alegre, ele esteve dois meses no São Pedro internado, daí depois ele saiu veio embora daí não levou tempo [...] Depois faz seis anos que ele se trata disso aí, porque o perito dava alta sabe e ele voltava a trabalhar e ele ficava mal”*. (Familiar D).

A partir dos relatos foi constatado que houve uma “peregrinação” anterior na maioria dos casos em busca de um tratamento adequado para o familiar, entre internações e atendimentos ambulatoriais apenas com psiquiatra, algumas vezes particulares, onerando a família com gastos que comprometiam sua renda, Miranda et al. (2010b), indicam que estudos realizados com famílias de pessoas com sofrimento mental mostram que há sobrecarga sobre esses familiares que se implicam no cuidado à pessoa com transtornos mentais, incluindo ônus financeiro. Os resultados ainda sugerem que as famílias se sentiam desassistidas e desamparadas em relação ao seu familiar com sofrimento mental, afligem-se receando pela volta de seu familiar egresso de uma internação psiquiátrica, pois eram desprovidos de recursos para agir com o familiar doente antes de iniciarem o tratamento em um serviço substitutivo. (FRAZATTO; BOARINI, 2013).

Sobre o entendimento do familiar a respeito do transtorno que o usuário acompanhado pelo CAPS possui, 20% não sabem o diagnóstico, e 80% sabem o diagnóstico parcialmente, como se observa no relato: *“Ela é uma pessoa, que não sei, até porque ela é esquizoide, esquizofrenia esquizoide”* (Familiar A). Nota-se a carência de informações mais detalhadas sobre a doença do familiar, que pode impactar, inclusive, na forma e continuidade do tratamento no CAPS. Além disso, Côrtes, Silva; e Jesus (2011) relatam que a partir do momento em que os familiares começam a assimilar a respeito dos transtornos mentais de seu familiar, tornam-se

mais tolerantes, sentem-se mais empáticos com o sofrimento de seu ente e passam a acreditar em tratamentos em serviços substitutivos à internação e ao uso exclusivo de medicações.

Outra questão analisada foi o entendimento do familiar quanto às medicações: indicação, interações medicamentosas e etc. Foi observado que 80% dos familiares compreendem parcialmente os efeitos da medicação, 20% não sabem e, não procuram informações sobre o tema e 20% falaram que procuram entender sobre o assunto: “[...] *eu procuro ler tudo na bula e busco no Google também*” (Familiar A). *“Ele toma estabilizador de humor, toma psicotrópico, anti psicóticos, quando ele tem muita ansiedade a doutora passou um outro, que não está precisando usar, mas é só quando ele estiver muito, muito ansioso, e acho que ele toma de pressão, que ele toma*” (Familiar E). Percebe-se que do conhecimento parcial da doença do familiar decorre o conhecimento parcial da medicação usada por esse. Entende-se que é urgente a construção de um trabalho com os familiares que discuta as doenças mentais e as medicações e seus efeitos, para que os mesmos possam compreender e fortalecer o tratamento de seus familiares e, não recorram a busca de informações sobre a doença em sites, que apresentam informações desencontradas e que não se enquadram com diagnóstico do familiar.

Apenas 20% dos familiares entrevistados relataram preocupação com os efeitos colaterais da medicação em seu familiar: *“E eu acho assim, que a doutora, ela mesma poderia ver que o remédio está engordando a paciente e ver outra forma, dar outro medicamento e fazer a troca do medicamento [...] dar até um remédio que fosse pra acalmar e ajudar a perder peso[...] a doutora tinha que observar mais os pacientes, se eles estão engordando demais [...] isso é uma judiaria né”* (Familiar A).

No quesito participação da família no acompanhamento do tratamento do familiar com sofrimento mental no CAPS Capilé, foi observado que a maioria dos familiares que foram entrevistados acompanhavam sozinhos o tratamento da pessoa com sofrimento mental, usuário do CAPS, dividindo pouco as responsabilidades com outros familiares, conforme observa-se nos relatos: *“É quase sempre eu, porque os dois trabalham,[filhos] mas tem a minha filha, se mudou há dois anos, mas ela leva pro médico se precisa, se eu não posso, por que ela trabalha com costura. É tudo eu.”* (Familiar D). *“Eu trago ele, busco remédio, trago ele pra onde ele precisa eu levo, [...] A mãe está trabalhando, trabalha das 8 à 1 hora da tarde e a outra guria sai de manhã e volta só 7, 8 horas da noite”* (Familiar B). Foi possível constatar que há pouco

envolvimento dos demais familiares no tratamento do usuário do CAPS, pois, o acompanhamento do tratamento fica restrito a uma única pessoa, geralmente as mães, que não estavam vinculadas às atividades laborais. Salienta-se que o baixo envolvimento no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico pode acarretar na exclusão do mesmo no âmbito familiar ou na construção de rótulos que o descaracteriza como portador de uma doença que requer tratamento e acolhimento e cuidado familiar.

Os familiares identificam as fragilidades do modelo atual de CAPS, acreditando ser um bom espaço de atenção para o usuário, mas possuindo caráter sofrido para quem se implicam no cuidado, pois, em diversas ocasiões esses cuidadores não tem a quem recorrer já que o serviço atualmente não possui funcionamento 24 horas e todos os dias da semana, e não como não podem dividir as tarefas com os outros familiares, sentem-se sobrecarregados. (CAVALHERI, 2010). Entendemos que os familiares representam a conexão mais íntima que as pessoas com sofrimento mental tem com o mundo, configurando esses sujeitos como meta de intervenção dos Centros de Atenção Psicossocial. (PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010), pois:

O que se ouve com bastante frequência é a sensação de solidão por parte dos familiares em relação ao provimento de cuidado com o seu ente que adoeceu. Alguns relatam que não podem contar com a sua família ampliada ou com vizinhos, sendo o CAPS o único suporte fora da família nuclear. Por outro lado, também existem relatos de que as relações sociais que o portador de sofrimento psíquico estabelece com as pessoas da comunidade em que vive se constitui como um grande aliado para o seu cuidado, pois essas pessoas, de certa forma, o protegem e procuram os familiares no caso de perceberem alguma situação de risco. (SANTIN; KLAFKE, 2011, p. 156).

Um sujeito da pesquisa relatou o processo de negação do usuário sobre ter a doença, visto que o parente acompanhado pelo CAPS teve dificuldades para aceitar que o familiar acompanhasse o tratamento: *[...] ele já tá está aceitando a minha participação, ele nunca aceitou que eu participasse, eu acho que é porque ele ficou muito tempo sozinho, e ele fazia as coisas conforme ele achava que tinha que tomar, como ele achava que tinha que viver, então ele passou pelo menos 20 anos sem ir no psiquiatra, imagina né? [...]* (Familiar E).

Os relatos dos familiares sugerem o interesse dos mesmos em acompanhar o tratamento de um de seus membros. O tratamento é favorecido com essa postura em e o indivíduo permanece vinculado ao seu espaço, o que costuma favorecer a adesão ao tratamento, potencializar os resultados e o prognóstico do transtorno mental. Com



o processo de desinstitucionalização, a família passou da condição de vítima da doença mental para o de protagonista na construção do projeto terapêutico dos pacientes. (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Sobre o grupo de familiares, os entrevistados que participavam do grupo, demonstraram se sentir acolhidos e relataram usar esse espaço para socialização de vivências com familiares com sofrimento mental: *[...] pra mim também aquele grupo de familiares, melhorou a comunicação, escutar os outros, saber que não é a gente sozinha que tem problemas, que todos tem, não é, só que cada caso é um caso, um diferente do outro mas eu acho muito bom se não tivesse se isso aqui não existisse eu nem sei como seria.* (Familiar D). Implicar as famílias de pessoas com transtorno mental no processo de cuidado de seus familiares, potencializa o tratamento, pois, estes, são indispensáveis, e deixam de ser apenas coadjuvantes para se tornarem atores do cuidado no processo de saúde-doença. (MIRANDA et al., 2010a). Os serviços devem se adequar para fornecer informações, orientações acolher em as necessidades dos familiares, para desenvolver as habilidades desses cuidadores, tornado esse processo de cuidado menos árduos, amenizando a sobrecarga dos familiares envolvidos. (CAVALHERI, 2010). O grupo de familiares inicialmente possui a proposta de auxiliar esses familiares no cuidado do ente em tratamento, para além de qualificar o cuidado, eles utilizam o espaço do grupo para trocar experiências, desabafar seus desafios com o doente e se sentirem cuidados.

O grupo de familiares funciona como um local de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes. Estimular as trocas de experiências é uma ferramenta potente para auxiliar os participantes a lidar com seus problemas, e permitir que um familiar compartilhe seus discursos. (MELMAN, 2008).

Verificamos a aceitação da família frente ao diagnóstico do usuário do CAPS e alguns componentes da família não compreendem a condição do usuário: *“[...] a doença e si ele [irmão do usuário] não aceita, tanto é que no “MB” [psiquiatra particular] eu marquei um horário só pra ele e minha nora conversarem e eles debateram[...] meu filho não aceita, meu filho acha que eu tenho que dar tarefas e tarefas e tarefas, ele não consegue entender que eu tenho que dançar conforme a música [...]”* (Familiar A). Percebe-se que parte dos familiares não compreendem a doença, e limitações do usuário do CAPS, e a falta de compreensão gera conflitos entre os membros. Esses conflitos ocasionados pelos sintomas da doença geram distanciamentos de avós, irmãos, e outros familiares, várias quebras de vínculos

foram relatadas em todas as entrevistas a partir do momento em que houveram sintomas dos transtornos psiquiátricos, e o familiar que acompanha demonstrou sofrimento pelos distanciamentos dos outros familiares, como vemos a seguir.

A respeito do vínculo familiar, nem todas os familiares permaneceram com a mesma vinculação que tinham com o usuário após o mesmo adoecer. Foram relatados vínculos estremecidos, e afastamentos por causa do adoecimento em 40% dos casos:

*“Meus pais moram do lado, e todo mundo, quando soube que ela tinha esquizofrenia, parece que se isolou mais dela, daí um dia eu conversei com eles e disse assim, olha, isso magoou muito ela, eu tenho certeza, ela não me falou, se eu fosse uma esquizofrênica, poderia ser eu ou qualquer um de vocês, porque desencadeou depois, então ninguém tá livre [...]”* (Familiar A). A vida familiar é radicalmente modificada com o transtorno do seu ente. As relações com o outro sofrem alterações, fazendo emergir assim novos papéis, a articulação no mundo familiar passa a ter novas regras, e configurações, gerando, por vezes, muito sofrimento aos seus membros. As relações com o mundo externo também ficam abaladas, necessitando assim de uma readaptação familiar frente às limitações impostas pela doença. (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Percebe-se que há situações em que a família não biológica dá um suporte ao usuário e ao cuidador, acompanhante desse usuário do CAPS, conforme as falas: *“[...] a família dele se dá, mas você sente que existe, sabe, houve um grande afastamento na família, [...] ninguém toca muito nesse sentido, do tratamento, não, é uma coisa que ninguém se pergunta, como se nunca tivesse acontecido nada, desde que eu casei com ele, ele não participaram do tratamento dele, porque ele mal ligam pra cá [...] assim, meus familiares tem um amor muito grande pelo “M”, o “M” a minha mãe fala que é o filho branco dela, ele tem mais laço[...] com minha família ele já chega, ele conversa, então ele já tem mais liberdade, suporte pra ele”* (Familiar E). A noção de família refere-se a relacionamento entre pessoas, que não necessariamente compartilham o mesmo domicílio e os mesmos laços sanguíneos ou de parentesco. (GUEIROS, 2010). Foi fundamental para a melhora do usuário, esse vínculo familiar com pessoas que não fazem parte de sua família de origem, da mesma forma percebemos que os vínculos com os técnicos do serviço muitas vezes se confundem, por causa da carência familiar.

Quanto às dificuldades mais comuns de convivência com o familiar em tratamento no CAPS, todos responderam ter dificuldades variadas, como dificuldades

de relacionamento interpessoal, insônia durante as crises, dificuldades com o asseio pessoal e agressividade: “*Nós vamos tocando, [...] ah, ele é muito parado, passa muito sentado, não tenho muita paciência*” (Familiar B). “*Ele é muito quieto, fala é lógico, reclama de algumas coisas, assim não tem problema, a única coisa, é tudo não, ele fala tudo não [...] da depressão claro ele não dorme né, ele ataca, fica atacado, ele não dorme [...]*” (Familiar D). A perda do controle comportamental faz com que a família se desequilibre, os sintomas modificam o funcionamento do cotidiano, o que desestrutura a harmonia familiar. A crise familiar acaba sendo o reflexo das dificuldades em lidar com o comportamento da pessoa com transtornos mentais, com os sintomas da doença e a situação de instabilidade gerada. Na sua maioria, sentem-se sós para enfrentar os problemas e desinformadas sobre a forma de agir com eles nos momentos em que aparecem os sintomas da doença. (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Todos os entrevistados têm expectativas de melhora com o tratamento do familiar do CAPS Capilé, 40% desejam que o familiar se reinsira no mercado de trabalho, como sinal de melhora: “*Espero que ele melhore, arrumar um serviço, trabalhar, fazer alguma coisa*” (Familiar B). “*Eu espero que ele vai estar se recuperando né, quando eu trouxe pra cá era pior, agora não, agora está se recuperando. O que eu espero é que ele melhore bem né, porque se ele for pra rua, que volte a trabalhar [...] Eu quero que ele seja como ele era antes, trabalhe*” (Familiar C). Em relação à ocupação laboral, o trabalho adquire uma dimensão significativa, tanto na construção da identidade dos indivíduos quanto na composição do orçamento familiar. (ALMEIDA et al., 2010). Na perspectiva familiar, uma ocupação laboral, também tem significado de saúde. Na lógica da produção capitalista, esses familiares entendem que seus entes em tratamento psicossocial devem produzir algum ganho para a família ou sociedade. É importante salientar que dependendo do grau de sofrimento mental há familiares que não poderão se inserir no mercado de trabalho, o que poderá implicar em frustrações de seus familiares e culpabilização do mesmo por sua condição intelectual.

Dos entrevistados, 40% fizeram críticas ou sugestões ao serviço: “*E eu acredito que a inclusão, existem trabalhos que eles podem fazer, existem coisas que algumas pessoas podem voltar a fazer alguma coisa, seja em casa, seja em um outro lugar, pros usuários do CAPS, né, acho que existe muito preconceito, né, as pessoas tem*

*muito preconceito, você chegar e falar, ah, eu vou num CAPS, e vão perguntar: AH! Como assim? ” (Familiar E).*

Houve algumas sugestões de abrangência no CAPS, além do tratamento disponível no momento no serviço, em algumas falas, os familiares sugeriram a revisão do modelo assistencial de saúde mental ofertado pelo CAPS, incentivando a reabilitação laboral. Por outro lado, a volta ao mercado de trabalho implica na perda do benefício, seja ele Benefício de Prestação Continuada- BPC ou auxílio doença. Em momentos os familiares se mostram ambivalente quanto à possibilidade do ente em tratamento no CAPS retornar ao trabalho formal e ter recaídas. *“[...]faz seis anos que ele se trata disso aí, porque o perito dava alta sabe e ele voltava a trabalhar e ele ficava mal. Daí até que ele fez um judicial sabe, uma perícia judicial, daí ele ganhou. (Familiar C).*

Em 100% das entrevistas emergiu o sofrimento do familiar entrevistado, aqueles que não verbalizaram o sofrimento, demonstravam ao responder as perguntas com expressões e gestos, outros falaram do sofrimento: *“[...] então até isso assim, uma mulher que tem uma filha esquizofrênica não leve homem pra dentro de casa. Afetou meus relacionamentos, eu não tenho mais vida emocional, se eu quiser me divertir eu tenho minha turminha, minhas amigas, eu vou em algum baile, alguma coisa, não fico com ninguém também porque peguei trauma [...] peguei verdadeiros traumas [...], mas assim, afetou bastante, então eu digo assim pra “A” que é para o resto da vida, que eu não vou botar mais ninguém dentro de casa” (Familiar A).* Aqui percebe-se a possibilidade de construção da violência doméstica para com o portador de sofrimento psíquico devido aos sintomas da doença que o mesmo manifesta. Além disso, é notório que:

O adoecimento mental de um filho abala, frequentemente de forma intensa, a autoestima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos. (MELMAN, 2008, p. 32).

*“Eu me sinto ruim né, como é que uma mãe vai, né? [...] como mãe é difícil” (Familiar C).* Estes familiares demonstraram desesperança com a vida pessoal, em momentos trazendo à tona um sentimento de desamparo, outros momentos demonstravam insegurança ao pensar em seus papéis no relacionamento.

Jasniewski et al., (2011), diz que a Reforma Psiquiátrica sugere um trabalho multidisciplinar que determina que os profissionais atuem contribuindo com a

promoção da autonomia, cidadania e reabilitação, todavia, outros estudos indicam que as equipes dos serviços foram preparadas para ter como foco o cuidado ao usuário do serviço. É necessário que haja investimentos em educação permanente e educação continuada nas equipes para subsidiar os profissionais para contemplar o cuidado com o usuário e com a família que não tem condições técnicas, financeiras, e muitas vezes psicológicas de arcar com todas as necessidades da pessoa com sofrimento mental. (CAVALHERI, 2010).

## **5 CONCLUSÃO**

Os familiares descreveram que possuem envolvimento no tratamento dos seus entes com transtorno mental no CAPS Capilé, entretanto, há um único responsável direto pelo cuidado do doente em casa e acompanhamento nas atividades, consultas e atendimentos, sem ter o auxílio frequente dos outros familiares.

Quanto ao vínculo, é importante frisar que esse afastamento de familiares após o início do transtorno, possui como um dos motivos mais evidentes a falta de informações a respeito dos transtornos. É interessante que o grupo de familiares que o serviço CAPS Capilé possui englobe não somente os familiares acompanhantes, mas se possível, envolva também os familiares que não estão implicados diretamente no cuidado desse usuário do CAPS, para desmistificar a questão dos transtornos mentais e trabalhar o preconceito que ainda existe, desta forma, os trabalhadores poderiam alcançar este objetivo dentro da luta antimanicomial. É recomendável a esse grupo uma coordenação interdisciplinar que possa contemplar os objetivos de esclarecer sobre o diagnóstico e a condição do usuário, sobre as medicações e seus efeitos, estratégias de convivência que possam fortalecer e amenizar o sofrimento da família, conscientizando seus membros na coresponsabilização do cuidado, e proporcionando um espaço de cuidado com (a) o cuidador (a), e esclarecimento de dúvidas.

Os profissionais de saúde mental, juntamente com usuários e familiares, são importantes protagonistas no processo de transição paradigmática do modo asilar para o modo psicossocial em saúde mental. (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Nessas circunstâncias, Camatta e Schneider (2009) afirmam que a família se mostra um locus fundamental e privilegiado para a construção coletiva em saúde mental. A compreensão das experiências vividas dos familiares nos permite alegar

que a família é uma parceira essencial para o sucesso do trabalho dos profissionais de saúde mental, evidenciando sua importância para a consolidação de políticas públicas em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA; Marcelo Machado et al. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 1, p. 110-117, 2010.

Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5417/5223>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

ÁLVARES, Luciana de Castro; JOSÉ FILHO, Mário. O serviço social e o trabalho com famílias. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.17, n. 2, p.9-26. 2008.

Disponível em: file:///C:/Users/Ma%C3%ADra/Downloads/69-239-1-PB.pdf. Acesso em: 25 out. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BASÁGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, Distrito Federal, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2016.

CAMATTA, Marcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 477-84, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04>>. Acesso em: 30 out. 2016.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 out. 2016.

CORTES, Laura Alcía Silva; SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira; JESUS, Mônica Lima de. A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de Psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 13, n. 2, ago. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2016.

DIAS, Míriam Thais Guterres. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico morada São Pedro. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DIMENSTEIN, Magda et al. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis**, Rio Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 405p, 2009.

FRAZATTO, Carina Furlaneto; BOARINI, Maria Lucia. O "morar" em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-"moradores". **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 257-267, abr. jun. 2013. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722013000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2016.

GUEIROS, Dalva Azevedo. Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social. **Rev. Katálysis**, vol.13 no.1, Florianópolis, Jan./June 2010.

Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802010000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000100015)>. Acesso em: 20 out. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÓES, Andarly Rosana. Cuidadora de portador de transtorno mental. Um foco de análise. **Serviço Social em Revistas**, Londrina, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v7n2\\_adarly.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v7n2_adarly.htm)>. Acesso em: 10 nov. 2016.

GUATARRI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Seleção, prefácio, produção Suely Rolnik. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

JASNIEVSKI, Clarissa Regina et al. Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares. **Colomb. Med.** [online] vol.42, n.2,2011. Disponível em<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342011000500008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342011000500008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 out. 2016.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de et al. Percepção de alunos de graduação em enfermagem sobre o processo da reforma psiquiátrica no Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 235-240, 2010. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a12.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de et al. Fragmentos históricos da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n.3, p.475-482, 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

NAVARINI Vanessa; HIRDES, Alice. A Família do portador de transtorno mental: Identificando Recursos Adaptativos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08>>. Acesso em: 29 out. 2016.

OLIVEIRA, Débora de et al. Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: Uma revisão da produção científica. **Revista Interação em Psicologia**, 2008, 12(1), p. 87-98, Curitiba, jan/ jun, 2008. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9172/9213>> Acesso em: 3 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**: adotada pela Organização mundial de saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990). Caracas, 1990. Disponível em: <<file:///D:/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Caracas.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNANDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, mar. 2010. Disponível em<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832010000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000100009&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 25 out. 2016.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso em: 30 out. 2016.

SÃO LEOPOLDO. Secretária de Saúde. Grupo de Trabalho Intersetorial. **Plano de Saúde Mental do Município de São Leopoldo** . São Leopoldo, 2010. Documento de acesso exclusivo da instituição.

SOUSA, Flavienny R. de; PANZETTI, Tatiana M. N. **O ensino de enfermagem na disciplina de Saúde mental**: revisão da literatura no período de 2009 a 2011. Tijuca: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_sben/74sben/pdf/363.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_sben/74sben/pdf/363.pdf)> Acesso em: 20 jan. 2016



VASCONCELLOS, Karina de Mendonça. **A representação social da família: desvendando conteúdos e explorando processos**. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília Departamento de Psicologia, Brasília, DF, 2007.

VICTORA, Ceres. G.: KNAUTH, Daniela R., HASSEN, Maria N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial. Cap.6, 2000.

## APÊNDICE A - TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, cujo título é: "Envolvimento da Família no Tratamento da Pessoa em Sofrimento Mental, Usuário do CAPS II de São Leopoldo-RS". Será desenvolvida para a conclusão do Curso de Especialização em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, pela residente Maira Matos Mello, tendo como orientadora a Profa. Dra. Rosângela Silva Almeida. Tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico familiar e analisar o envolvimento da família no tratamento do portador de sofrimento psíquico usuário do CAPS II de São Leopoldo/RS.

Ao concordar em participar do estudo, você será entrevistado (a) pela residente, que realizará questionário com questões sobre a situação sócio-demográfica familiar e sobre o envolvimento familiar com o tratamento do usuário do Caps Capilé. Informamos que a entrevista será gravada e as transcrições serão armazenadas durante cinco anos. Será mantido seu anonimato e a confidencialidade das suas informações, sendo estas utilizadas somente para fins científicos. Você poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento sem ser prejudicado.

Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o envolvimento dos familiares dos usuários do CAPS Capilé no tratamento do usuário, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa possibilitar um olhar mais abrangente sobre esse perfil que é tão importante na construção do plano terapêutico do ente que utiliza o serviço especificado, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

A(O) Sra (Sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Os riscos deste estudo serão mínimos e estão relacionados à possibilidade de gerar algum desconforto ao responder a entrevista, desta forma você pode solicitar apoio psicológico se assim necessitar durante a entrevista.

Este termo será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em seu poder e outra com a pesquisadora responsável. Se necessário, poderá pedir esclarecimentos do estudo antes, durante e após o mesmo, poderá também desistir de participar caso desejar sem ser prejudicada (o). Você encontrará as pesquisadoras nos telefones (51) 99439286 (Maira M. Mello) e 81224795 (Profa. Dra. Rosângela Silva Almeida) ou e-mail: mairamattos@hotmail.com e rosangelasilvaa@unisinos.br.

São Leopoldo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Maira Matos Mello  
Acadêmica

CEP – UNISINOS  
VERSÃO APROVADA

Em: 03/10/2016

## **APÊNDICE B - FICHA DE DADOS SÓCIOECONÔMICOS**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Idade:
4. Componentes familiares:
5. Qual é seu parentesco com o usuário que está a acompanhar no CAPS Capilé?
6. Renda mensal:
7. Escolaridade:

**APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ROTEIRO DE ENTREVISTA  
SEMI-ESTRUTURADA COM OS FAMILIARES**

- 1 – Há quanto tempo seu familiar utiliza o serviço CAPS Capilé?
- 2- Como se deu o primeiro encaminhamento para o CAPS II Capilé?
- 3- Qual o vínculo de sua família com a pessoa em sofrimento mental, usuário do CAPS II possui?
- 4- Como se dá a participação de sua família no acompanhamento do tratamento do familiar em sofrimento mental no CAPS II?
- 5- Quais as suas expectativas no tratamento do seu familiar que recebe tratamento atualmente no CAPS Capilé?
- 6- Você conhece e entende a condição e o diagnóstico do seu familiar no CAPS?
- 7-Você entende para que serve cada medicação que seu familiar toma atualmente?
- 8- Você está satisfeito com o tratamento que o CAPS Capilé oferece atualmente ao seu ente? Por quê?
- 9- Sugestões e críticas.

**PESQUISADORA: Maíra Matos Mello**