



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

ANA CLAUDIA SCHEIDT

**PERCEPÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE FAMILIARES NO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II**

Florianópolis

2017

ANA CLAUDIA SCHEIDT

**PERCEPÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE FAMILIARES NO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II**

Projeto apresentado como requisito para qualificação ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Atenção e Reabilitação Psicossocial.

Orientador: Prof^o. Dr. Walter Oliveira
Ferreira

Florianópolis

2017

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

S318p Scheidt, Ana Claudia.

Percepções sobre a inserção de familiares no cuidado em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial II / Ana Claudia Scheidt ; orientador, Walter Oliveira Ferreira, 2017. 131 p. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Família. I. Ferreira, Walter Oliveira . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

CDU: 613.86

ANA CLAUDIA SCHEIDT

**PERCEPÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE FAMILIARES NO
CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL II**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **ATENÇÃO E REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Profª Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Prof Dr. Walter Ferreira de Oliveira (Presidente)

Prof Dra. Tânia Maris Grigolo (Membro)

Profª Dra. Maria Terezinha Zeferino (Membro)

Prof Dr. Douglas Francisco Kovaleski (Membro)

Profª Dra. Ivânia Jann Luna (Membro)

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares que estiveram me dando apoio, e incentivo em ir atrás dos meus sonhos e objetivos e principalmente vencer os obstáculos, só tenho a agradecer por ter compartilhado todos esses momentos de aprendizado.

A Rosângela que esteve ao meu lado dando força e incentivo para a finalização deste objetivo e auxiliando no que fosse necessário.

Aos meus amigos agradeço em especial os que compartilharam essa trajetória de muito trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e ao meu orientador Walter F. de Oliveira pela efetiva contribuição na busca do conhecimento.

Aos meus amigos do Mestrado Profissional, pela parceria e união, com certeza o mestrado ficou melhor com a presença de cada um de vocês, um agradecimento em especial para Mari, Denise, Letícia e Monique.

Aos familiares, usuários e profissionais que aceitaram contribuir para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente, auxiliaram e favoreceram a concretização desse trabalho.

LISTA DE SIGLAS

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente

LISTA DE QUADROS:

- Quadro 1 - Relação dos usuários entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Situação Conjugal e tempo que frequenta o CAPS. 62**
- Quadro 2 - Relação dos usuários entrevistados em relação à Escolaridade, Ocupação e membros da família com quem possui vínculo. 63**
- Quadro 3 - Relação dos familiares entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Ocupação, Situação Conjugal e tempo que seu familiar frequenta o CAPS. 72**
- Quadro 4 - Relação dos profissionais entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Profissão e tempo de trabalho no CAPS. 79**

RESUMO

Esta pesquisa caracterizou-se como exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Teve como objetivo analisar a percepção dos familiares, usuários e equipe multiprofissional sobre a inserção da família no cuidado nos CAPS II; Descrever como se dá a inserção da família nos serviços; Verificar possibilidades de trabalho com a família nos CAPS; Identificar fragilidades e potencialidades encontradas em relação à inserção da família nos serviços. Participaram 14 sujeitos de pesquisa, sendo 6 usuários, 4 profissionais e 4 familiares. O principal instrumento de coleta de dados foi à entrevista semiestruturada, sendo esta gravada em áudio. Para organização e análise dos dados utilizaram-se as técnicas da Análise de Conteúdo de Bardin (2009) e Minayo (2010). Os resultados evidenciaram a necessidade do envolvimento do cuidador no tratamento, para que facilite o processo de ressocialização e efetivação do projeto terapêutico, outra questão de grande reflexão é o olhar atento ao cuidador que pode adoecer, devido à sobrecarga de trabalho intenso com o usuário, rotinas salarizadas e tantas outras atividades cotidianas, onde algumas estratégias podem ser criadas para melhor entender e acolher o familiar, para que também se torne protagonista do tratamento, utilizando como facilitador o gerenciamento e a elaboração do projeto terapêutico singular como uma proposta elaborada pela equipe, familiares e usuários para inserção no serviço.

Palavras Chave: Serviços de Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial. Família.

ABSTRACT

This research was characterized as descriptive exploratory with a qualitative approach. The objective was to analyze the perception of family members, users and multiprofessional team about the insertion of the family in care in the CAPS II; Describe how the insertion of the family in services occurs; Check possibilities of working with the family in the CAPS; Identify weaknesses and potentialities in relation to family insertion in services. Participated 14 research subjects, being 6 users, 4 professionals and 4 family members. The main instrument of data collection was the semistructured interview, which was recorded in audio. For the organization and analysis of the data the techniques of Content Analysis of Bardin (2009) and Minayo (2010) were used. The results evidenced the need of the caregiver's involvement in the treatment, so that it facilitates the process of resocialization and effectiveness of the therapeutic project, another question of great reflection is the attentive look at the caregiver who can become ill, due to the overload of intense work with the user, Salary routines and many other daily activities, where some strategies can be created to better understand and welcome the family member, so that also becomes a protagonist of the treatment, using as a facilitator the management and elaboration of the singular therapeutic project as a proposal elaborated by the team, Family and users for insertion into the service.

Keyword: Mental Health Services. Psychosocial Attention Centers. Family.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	Reforma Psiquiátrica e família.....	23
2.3	Definições históricas sobre a família.....	30
2.2	A inserção da família nos Centro de Atenção Psicossocial	36
2.4	Inserção da família nos processos terapêuticos.....	41
3	METODOLOGIA	50
3.1	Tipo de Pesquisa.....	50
3.2	Descrições do Local do Estudo	52
3.2.1	Equipe	52
3.3	População de Estudo.....	54
3.4	Coleta de Dados	55
3.5	Análise dos Dados	56
3.6	Aspectos Éticos	58
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	61
4. 1	Usuários	61
4.1.1	Sentimento dos usuários em participar do CAPS.....	65
4.1.2	Percepção do usuário da participação do familiar no tratamento.	67
4.1.3	Percepção do Usuário em relação ao atendimento voltado para a família no CAPS.....	69
4.2	Familiares dos usuários dos CAPS	71
4.2.1	Participação no tratamento do usuário	73
4.2.2	Atendimento Voltado para a Família nos CAPS.....	76

4.3	Equipe Multiprofissional do CAPS II	79
4.3.1	Inserção dos familiares no CAPS II	79
4.3.2	Sugestões para ampliação da inserção da família	95
4.4	Olhar ampliado da inserção a partir da ótica dos familiares, usuários e equipe multiprofissional.....	103
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNCIDE A – Entrevista com Usuários.....	119
	APÊNCIDE B – Entrevista com Familiares	121
	APÊNCIDE C – Entrevista com Equipe Multiprofissional	123
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	125
	APÊNDICE E – consentimento para fotografias, vídeos e gravações.....	131

1 INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica no Brasil foi iniciada em meados da década de 70, tendo como objetivo transformar o atendimento dos indivíduos com transtorno mental, bem como modificar a relação da sociedade com essas pessoas, promovendo desconstrução de estereótipos e estigmas em torno da pessoa com sofrimento mental. Constitui-se em um processo político e social, a partir de transformações de práticas e valores, fomentando um novo paradigma do modelo assistencial em saúde mental.

Com o movimento da reforma psiquiátrica e o novo olhar para atenção psicossocial, o modelo hospitalocêntrico vem sendo cada vez mais questionado, onde anteriormente era ditada na reclusão das pessoas, e que hoje está dando espaço para os dispositivos substitutivos ao hospital, formando a rede de atenção psicossocial (RAPS), onde a inserção social e a reabilitação do sujeito são objeto e foco de orientação para o serviço. A reforma deste modelo no Brasil deixou de ser uma proposta alternativa para um marco fundamental na política de assistência aos indivíduos com transtorno mental.

A reforma baseia-se nos princípios da desinstitucionalização e na consolidação de bases territoriais no cuidado de saúde mental, sendo que a integração da rede é um dos pontos principais para melhor atender o usuário. A articulação entre os serviços é primordial para que se haja sucesso nas situações complexas dos atendimentos prestados pelos profissionais.

O processo de desinstitucionalização psiquiátrica vem mudando o perfil de cuidado na atenção psicossocial, ampliando o conceito de cidadania, dando o direito ao atendimento digno à

pessoa com sofrimento mental (AMARANTE, 2007). A inclusão da saúde mental e do tratamento extra-hospitalar nas áreas de residência do usuário induzem a estruturação de dispositivos que compõe a rede integral de atenção psicossocial. Uma alternativa são os Centros de Atenção Psicossocial, que atuam de forma direta com o indivíduo, realizando ações com o paciente com sofrimento psíquico.

A portaria 3088 de (BRASIL, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é composta pela Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Os Centros de Atenção Psicossocial são dispositivos ativos da RAPS, que prestam assistência ao usuário com demanda de saúde mental no seu território. A portaria nº 336 de 2002 (BRASIL, 2002), estipula que estes deverão constituir-se como serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território; tendo como objetivo principal a inserção psicossocial e tratamento da pessoa com sofrimento mental. O CAPS se caracteriza, desta forma, como atendimento comunitário e diário ao usuário.

A participação da família no cuidado em saúde mental é de suma importância, pois na maioria das vezes é o elo entre o serviço e o usuário, e é quem propicia o fortalecimento e a efetividade da terapêutica adotada pelos profissionais do serviço. Quando o familiar atua de forma integral e sistemática o tratamento se torna mais resolutivo (BRASIL, 2004c).

Neste contexto reforça-se a importância que o CAPS tem como dispositivo fundamental para implantação das ações e acolhimento das pessoas voltadas para bases da saúde mental, bem como a atuação ativa dos familiares em relação ao processo terapêutico dos usuários, formando uma rede de apoio fortalecida e protagonizando o tratamento juntamente com o paciente. O território de atuação do CAPS se torna um referencial para o sujeito com sofrimento mental, por ter uma equipe multidisciplinar e por ser próximo ao seu território.

A presente pesquisa irá analisar a percepção sobre a inserção dos familiares no cuidado pela equipe multiprofissional, bem como pelos familiares e usuários. A necessidade de realização desse projeto se deu devido a visão da pesquisadora na dificuldade da participação do familiar como ator ativo no tratamento do usuário, percebendo um desgaste e muitas vezes falta de comprometimento com o atendimento do seu familiar. Sendo que a questão prática é muito forte e a vivência mostra a evolução e melhora no tratamento, quando se tem uma rede de apoio estabelecida. A pesquisa irá contribuir para o avanço nas estratégias de cuidado e na inserção da família nos CAPS. Diante disso surgiu a necessidade de conhecer as estratégias realizadas para inserir o familiar no serviço, gerando assim uma melhora no quadro e tratamento do paciente.

A pesquisadora deste estudo é servidora pública da prefeitura municipal de São José, estando atualmente no cargo de coordenadora do CAPS II da cidade. Ela iniciou seu trabalho no ano de 2013, e desde então vem realizando um acompanhamento com os usuários e familiares no serviço, devido a isso houve o interesse em estar pesquisando as percepções de inserção destes cuidadores nos dispositivos. Inicialmente o objetivo deste projeto era conhecer

as estratégias da inserção dos familiares no CAPS, contudo, após a banca verificou-se a necessidade em primeiramente analisar a percepção dos usuários, familiares e equipe multiprofissional em relação à inserção do cuidado em saúde mental. Assim a pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção dos familiares, usuários e equipe multiprofissional sobre a inserção da família no cuidado nos CAPS II e como objetivos específicos:

1. Descrever como se dá a inserção da família nos serviços
2. Verificar possibilidades de trabalho com a família no CAPS
3. Identificar fragilidades e potencialidades encontradas em relação à inserção da família no serviço

O problema dessa pesquisa configura-se de uma investigação em relação à percepção dos profissionais, familiares e usuários na inserção da família nos CAPS II.

É objeto dessa pesquisa à inserção da família no Centro de Atenção Psicossocial II sob a ótica de profissionais da equipe, familiares e usuários, em dois CAPS II da grande Florianópolis. O trabalho parte de um resgate da reforma psiquiátrica, traça um panorama dos dispositivos fundamentais da rede de atenção psicossocial, verificando as estratégias preconizadas para a inserção da família no serviço.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Reforma Psiquiátrica e família

Em meados da década de 70 a reforma psiquiátrica surge no Brasil, esse período foi marcado por diversas lutas sociais para mudança de paradigmas e dinâmicas de atendimento a saúde mental, transformando também o modo de lidar com o indivíduo com sofrimento mental. O modelo hospitalocêntrico era o foco no tratamento, sendo marcado pelo isolamento do indivíduo dos familiares e da sociedade, lançando estereótipos, tirando o direito de viverem conforme suas vontades e necessidades.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços e saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social de opinião pública (BRASIL, 2015).

Instaurou-se no estado do Rio de Janeiro no ano de 1978, sob circunstâncias da redemocratização, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento foi sensibilizado a partir do sistema de exclusão dos indivíduos com transtorno mental, superlotação dos hospitais psiquiátricos e negligência e precarização do cuidado, inspirado pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, que defendeu na Itália a substituição do modelo asilar por uma rede integrada de cuidado, trabalhos a favor

da desinstitucionalização e que reivindicava uma reforma na psiquiatria brasileira (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

O isolamento utilizado era uma forma de institucionalizar a pessoa com transtorno mental, deixando o vínculo com a sociedade e familiares de lado, sendo que estes eram vistos como possíveis interferências prejudicando o tratamento e a consolidação do diagnóstico mais correto e preciso. A importância da reforma psiquiátrica e a identidade qualificada do sujeito com sofrimento mental, desdobrou-se um amplo e diversificado conceito de prática dos saberes, a importância da localização da cidadania desse indivíduo e sobretudo a perda do estigma lançados a eles.

De acordo com Vasconcelos (2008) pode-se identificar até agora três importantes fases no processo da reforma psiquiátrica no Brasil:

1ª fase: 1978 – 1992: movimento e denúncia, I Conferência Nacional em Saúde Mental (1986), movimento antimanicomial (1987), início das novas estratégias nos serviços da rede.

2ª fase: 1992 – 2001: II Conferência Nacional (1992) conquista política do modelo de desinstitucionalização e início da implantação dos novos serviços substitutivos.

3ª fase: 2001 – 2011: III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216, consolidação da RAPS e início de ações voltadas para crianças e adolescentes, abuso de álcool e outras drogas.

O ano de 1987 se destaca pela realização de dois importantes eventos para a luta em saúde mental: a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do MTSM11 (Bauru/SP). Este segundo evento vai registrar a presença de associações de usuários e familiares, como a “Loucos pela Vida” de

São Paulo, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) do Rio de Janeiro, a associação de problematizados mentais e seus familiares, que embora criada em 1979, somente neste período passa a ter um papel de destaque, entre outras. Juntamente com a participação de novos atores sociais que se incorporam à luta pela transformação da política, prática e cuidados em saúde mental, passando a construir um movimento mais amplo e com mais força (AMARANTE, 1995).

Segundo Silva (2003), tendo em vista uma significativa aproximação dos usuários e dos familiares, é criado, neste II Congresso, o Manifesto de Bauru, onde, constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento.

O movimento de desinstitucionalização ganhou destaque nas discussões públicas após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e 2º Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizadas em Bauru/SP no dia de 18 de maio de 1987, passando a representar o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O impacto destas propostas contribuiu para a implantação do primeiro CAPS, também em 1987 em Bauru (BARROSO; SILVA, 2011).

O processo de desinstitucionalização surge como uma quebra de paradigma e uma nova perspectiva de desconstrução de práticas psiquiátricas, onde a vivência era principalmente focada nos manicômios, sendo uma realidade cruel e excludente, onde os sujeitos perdiam suas identidades para viverem em uma reclusão social.

A aprovação do Projeto de Lei nº 3657 de 1989, assinado pelo Deputado Paulo Delgado tem a finalidade da extinção gradativa dos manicômios, a substituição por dispositivos de um modelo assistencial em saúde mental e ainda regulamenta a internação compulsória. A reforma defende que somente os pacientes em crise aguda sejam internados, e que os usuários institucionalizados que tiverem condições devem receber um tratamento alternativo, não ser separado da sua família e ter facilitada a reintegração na sociedade.

O início da desinstitucionalização de moradores dos hospitais psiquiátricos se deu na década de 1980, após a criação de serviços de atenção psicossocial para realização da reinserção dos pacientes moradores dos manicômios em seus territórios, com a busca do vínculo familiar e social. A partir da abertura desses serviços substitutivos, os leitos em hospitais psiquiátricos foram gradativamente sendo fechados e a atenção no cuidado a esses indivíduos começaram a mudar e ter novos objetivos, como o pleno exercício de sua cidadania e a volta da sua identidade perdida, e não somente o controle da sua doença e sintomatologia. Implicando na organização de uma rede de atenção psicossocial, com a participação ativa dos usuários e reformulação da política de Saúde Mental (BRASIL, 2013).

No presente momento a reforma psiquiátrica está dividida em dois planos, o primeiro sendo a construção da RAPS, com diversos dispositivos implantados ao atendimento do indivíduo portador de transtorno mental e o segundo a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, juntamente com a mudança do modelo centrado nas internações hospitalares na especialidade psiquiátrica, conforme afirma Mello, Mello e Kohn (2007). Segundo o citado autor, no ano de 1997 os gastos do SUS com as internações em

hospitais psiquiátricos eram de 94%, sendo que no ano de 2004 os gastos baixaram para 64%, mostrando que a Reforma Psiquiátrica está sendo consolidada.

A RAPS tem como objetivo a ampliação do acesso da população à atenção psicossocial, promover a vinculação do usuário com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

No esforço para que haja uma superação do modelo hospitalocêntrico e que as pessoas em sofrimento mental sejam inseridas na sociedade, procura-se efetivar a desinstitucionalização por meio das políticas de saúde mental e a inserção dos serviços substitutivos, tais como as residências terapêuticas ou reafirmar vínculo e laços familiares significativos (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Para aqueles usuários que possuem vínculo e tem a possibilidade de morar com as suas famílias, devem ser referenciados para a RAPS do seu município, viabilizando recursos federais de incentivos para o programa de volta para casa, reforçando o processo de reinserção social e reforço do vínculo com os familiares (BRASIL, 2004b).

Neste contexto de mudança do modelo manicomial e desinstitucionalização para o atendimento comunitário, houve a aproximação dos familiares ao sujeito com sofrimento mental. Sendo os familiares novamente responsabilizados pelo tratamento e cuidado deste indivíduo.

Segundo Rosa (2011), a designação do cuidado à pessoa com transtorno mental e o papel da família sofreram alterações conforme as mudanças da sociedade, demarcando três etapas destas transformações. O primeiro denomina-se ao período da emergência da sociedade burguesa até o período que antecede a segunda guerra mundial, com o surgimento do modelo hospitalocêntrico, em que a relação da família com o indivíduo com sofrimento psíquico é centralizada no modelo asilar e nos profissionais de saúde, cabendo apenas a família o papel de visitadora. O segundo período vai entre: após a segunda guerra mundial e meados da década de 70, onde o capitalismo torna-se hegemônico, e a psiquiatria desloca o objetivo da doença mental para saúde mental e a figura da família passa a ser objeto de intervenções terapêuticas. No terceiro período que segue da década de 70 até os dias atuais, a relação entre a família e o sujeito com transtorno mental é complexificada. A família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto, sendo assim devido a essas mudanças de cuidado de acordo com o tempo há uma sobrecarga e comprometimento da saúde e individualidade do cuidador, produzindo ônus para a família que é responsabilizada ao cuidado.

Se no contexto manicomial a família era excluída do tratamento, no contexto da reforma psiquiátrica esse familiar é incluído e passa a ser entendida como o cenário fundamental da recuperação do indivíduo com transtorno mental. Isso porque a família é a conexão dessa pessoa com a comunidade, e mesmo que o cuidador esteja adoecido ele deve ser acolhido, inserido e tratado como protagonista do tratamento (LOBOSQUE, 2007).

Com a mudança do modelo de cuidado asilar para a responsabilização da família, muitas dúvidas foram surgindo,

sobretudo algumas incertezas sobre o significado da reforma psiquiátrica, como destaca um estudo realizado por Randemark, Jorge e Queiroz (2004), onde observa-se que a palavra Reforma, possui uma ligação pouco expressiva com a palavra ressocialização dos usuários com transtorno mental.

Ainda de acordo com Randemark, Jorge e Queiroz (2004), a experiência cotidiana do cuidado ao sujeito com transtorno mental é marcada por sofrimento e reflete a inabilidade de lidar com a doença e seus sintomas, gerando estresse ao cuidador. Apesar da aparição do sofrimento em relação ao cuidado dos pacientes com transtorno mental, os familiares discutiram a reforma psiquiátrica como um ponto positivo no tratamento dessas pessoas, sendo um meio de mudança de tratamento, liberdade e necessidade de extinguir os hospitais psiquiátricos, pois as longas internações representam o distanciamento e isolamento dos seus entes da sociedade. Embora seja um tipo de tratamento, há sofrimento para os usuários e seus familiares, mesmo que representem um alívio para algumas famílias.

Devido a essas modificações nas práticas de atendimento no contexto da reforma, verifica-se a importância do acompanhamento e apoio aos familiares cuidadores dos indivíduos com transtorno mental, tanto no processo de desospitalização, como na reinserção desses indivíduos na sociedade. Mas para que essa prática seja efetiva é necessário preparo e orientação da equipe multiprofissional de toda a rede (MACEDO et al, 2009).

Conforme Luis, Margiotte e Santos (1989) é muito importante a inserção dos familiares no acompanhamento e tratamento dos sujeitos com transtorno mental, pois faz com que os usuários elevem a auto estima, melhorando consideravelmente seu processo de reabilitação.

2.3 Definições históricas sobre a família

A família é formada por um grupo que desenvolve padrões de interação e interesses, que viabilizam o funcionamento da família, onde constituem um sistema que facilitam seu convívio através de seus comportamentos. Ainda dentro deste sistema familiar, pode haver subgrupos classificados em gênero, idade e afinidades, onde o comportamento de algum membro influenciará o comportamento dos outros sujeitos inseridos neste sistema (MICHUCHIN; FISHMAN, 1990).

No decorrer da história da humanidade, a família desempenhou um papel significativo na conformação da proteção social nas diferentes sociedades, nas diversas configurações e em diversos períodos sócio- históricos, ocupando um papel central em relação ao bem-estar do sujeito (TRAD, 2010).

De acordo com Berenstein (1988), a determinação histórica que dá forma à estrutura familiar é inconsciente, sendo explicitados como normas, embora se originem na história do grupo, continuam a regulá-lo na atualidade, tendo vigência e eficácia. Estes núcleos históricos consistem em símbolo, mitos familiares, expressões verbais, conservando-se em longos períodos.

Muitos são os estudos que discorrem sobre a configuração e metamorfose da família ao longo da história desde sua forma mais rudimentar até as suas transformações no tempo, ocasionadas por um conjunto de fatores de ordem histórica, social, econômica, política e cultural. Tais elementos demonstram que a discussão sobre a família é desafiante e complexa, quando visualizada dentro de uma perspectiva dialética de compreensão da história como algo inacabada, em constantes mudanças, contradições e superações. Nesse

sentido, a família como instituição social, é constantemente afetada pelas alterações vivenciadas nas diversas sociedades, com seus respectivos valores, posicionamentos ideológicos e relações sociais, não podendo ser compreendida como uma instância neutra, estática, acabada e uniforme (NEVES; SOARES, 2009, p. 149-150).

Desde a revolução industrial, onde houve a separação do trabalho e do mundo familiar e instituiu a dimensão privada da família, mudanças importantes relacionaram-se ao impacto do desenvolvimento tecnológico sobre a reprodução humana (SCAVONE, 1993).

A partir da década de 1960 em um grau mundial, difundiu-se a pílula anticoncepcional, dividindo a sexualidade da reprodução, interferindo decisivamente na sexualidade feminina, deixando de ter a sua vida e sexualidade atreladas a maternidade, ampliando as possibilidades de atuação das mulheres no meio social. A pílula associada a outros fenômenos sociais, o trabalho remunerado, os alicerces familiares, iniciaram um processo de mudança na família (ACOSTA; VITALE, 2010)

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, apresenta duas grandes alterações no que se refere à família: A quebra da chefia conjugal masculina, tornando os direitos e deveres compartilhados entre a mulher e o homem; e o fim da diferenciação dos filhos legítimos e ilegítimos, reiterados em 1990 pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define os sujeitos de direitos. Com exame de DNA, onde comprova a paternidade, as crianças nascidas de casamentos legais ou uniões consensuais podem ter seus direitos garantidos, por parte de pai e mãe (ACOSTA; VITALE, 2010).

Embora nos dias de hoje a família continue sendo um ponto de idealizações, a realidade das mudanças modificam a ideia de um modelo “adequado”, devido as várias relações apresentadas no cotidiano. A família, não importando os arranjos que se organizam, ainda é o principal lugar que propicia a socialização e o cuidado dos que a compõe.

Embora a família nuclear ainda constitua um arranjo residencial predominante no Brasil, o aumento das taxas de divórcio e separação, o crescimento das famílias monoparentais femininas e o das famílias cujo principal responsável é do sexo feminino acrescentaram, ao papel da mulher nas atividades da reprodução doméstica, cada vez mais o da provisão econômica, total ou parcial, da família (TRAD, p. 12, 2010).

Trad (2010) ainda afirma que há um reconhecimento da diversidade de famílias existentes nas nossas configurações, não podendo perpetuar a fala de família, e sim de famílias, não excluindo as formas e tipos de famílias a quais incidem.

Em relação a diversidade familiar, Lévi- Strauss (1979, p. 95) afirmou:

A vida familiar apresenta-se em praticamente todas as sociedades humanas, mesmo naquelas cujos hábitos sexuais e educativos são muito distantes dos nossos. Depois de terem afirmado, durante aproximadamente cinquenta anos, que a família, tal como a conhecem as sociedades modernas, não podia ser senão um desenvolvimento recente, resultado de longa e lenta evolução, os antropólogos inclinam-se agora para a convicção oposta. Isto é, que a família, ao repousar sobre a união mais ou menos duradoura e socialmente aprovada de um homem, de uma mulher e seus filhos, é um

fenômeno universal, presente em todos os tipos de sociedade.

Para melhor sistematizar a variedade de formatos de família, foi encontrada uma classificação apresentada por Augé (2003), tipos recorrentes na literatura sobre família. O autor caracteriza três modelos principais: Elementar, também denominada de nuclear, poligâmica e extensa, sendo formada essencialmente por um homem, sua esposa e seus filhos. Uma pessoa pode fazer parte de mais de duas famílias elementares: uma, a família de orientação ou de origem, como de irmão/irmã e filho/filha; a outra, a família de orientação ou procriação, como marido/esposa e pai/mãe.

Para Randemark, Jorge e Queiroz (2004), a família é idealizada por Deus, sendo a base formadora da sociedade, tendo a crença de que a sociedade é reflexo da formação familiar. As relações familiares são caracterizadas por atitudes de união, cooperação e amor, sendo que os conflitos e antagonismos de classe presentes na sociedade não são considerados como fatores constituintes da sociabilidade.

Na definição proposta por Kaslow (2001), são incorporadas novas modalidades de família, sendo elas: 1) famílias adotivas bi/multirraciais, 2) famílias adotivas temporárias; 3) famílias monoparentais, chefiadas por mãe ou pai; 4) casais homossexuais com ou sem crianças; 5) famílias reconstituídas após o divórcio; 6) várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com fortes compromissos.

Na análise dos papéis parentais, vale considerar a convergência de fatores socioestruturais, como por exemplo, mudança nas questões de mercado de trabalho, fatores de ordem simbólica, além das políticas públicas de suporte familiar. No

decorrer histórico desenvolvem-se representações sobre os papéis de cada um, sendo: mulher, homem, mãe, pai... cujo as transformações são lentas e fragmentadas, existindo nestes fatores a dificuldade em superar as expectativas lançadas a uma dada sociedade em termos de vocações homem/mulher (TRAD, 2010).

Diversas literaturas abordam o fenômeno da centralidade da mulher na tarefa do cuidado. Entretanto há poucas bibliografias da incorporação progressiva do homem no cuidado aos filhos ou na vida doméstica.

Segundo Acosta e Vitale (2010), nos anos 70 a opção das políticas sociais recaiu sobre a mulher no contexto familiar. Foi o tempo chamado de “grupo de mães”, onde tinham a oferta de condições e desenvolvimento de habilidades para o melhor gerenciamento do lar, simultaneamente eram ofertadas capacitações para a inserção ao mercado de trabalho.

A questão mais categórica à afirmação da família como referência das políticas públicas está associada à regressão da participação do Estado no provimento do bem estar do sujeito, são exemplos relevantes a participação da iniciativa privada nas áreas da educação e saúde e a “refilantropização” no campo da assistência social (PEREIRA, 2004).

Na oferta de proteção aos usuários crônicos, as políticas públicas revogaram alternativas de institucionalização. Essa alteração só foi possível devido à responsabilização da família em relação ao cuidado. Neste modelo as políticas de saúde e assistência social irão inserir serviços de diversas modalidades de atendimento voltadas para comunidade e para a família, justamente para fortalecer a inserção da família em relação ao tratamento de

seu parente portador de transtorno mental (ACOSTA; VITALE, 2010).

Segundo Randemark, Jorge e Queiroz (2004), a experiência cotidiana na família, juntamente com o convívio com a pessoa com transtorno mental é marcada de sofrimento e reflete inabilidade em lidar com a patologia, tornando um fator de estresse. Diante da impossibilidade em mudar o seu contexto familiar, as famílias desenvolvem crenças de que o transtorno mental é algo divino, algo que lhes foi consentido por Deus.

Em um estudo sobre família e usuário realizado em um CAPS, foi identificada a ambiguidade de sentimentos em relação ao cuidado. A pessoa com transtorno mental adoecida, onde apresentam 'sentimentos positivos', relacionados ao convívio com o usuário, assim como um sentimento de muito sofrimento também (COLLETTI et al, 2014).

Diante do exposto, a família foi designada a mudanças históricas em relação ao cuidado que antes era focado na internação e na exclusão social, fazendo com que a família passasse de observadora para praticante no processo da desinstitucionalização. Muitas vezes sem nenhum preparo e atenção à nova rotina estabelecida. Práticas que demonstram uma diversidade de sentimentos observados nos familiares cuidadores, tanto positivas, quanto negativas, comprovando a necessidade de cuidado também para aquela pessoa que auxilia e organiza as vivências sociais do seu parente, valida a fragilidade e as suas limitações diante do tratamento do sujeito com transtorno mental, bem como a assistência prestada ao usuário.

2.2 A inserção da família nos Centro de Atenção Psicossocial

A política de saúde mental delimita um novo modelo de cuidado à pessoa com transtorno mental, onde novas diretrizes são definidas, construindo uma rede de acordo com a reforma psiquiátrica. Os serviços substitutivos são regulamentados e implantados na rede de atenção psicossocial, sendo os hospitais dia, atenção básica, leitos em hospitais gerais, CAPS em todas as modalidades de atenção e vários outros dispositivos que compõe a RAPS (BRASIL, 2005).

Para melhor atender o usuário com transtorno mental focando na lógica do movimento da reforma psiquiátrica foi necessário a criação e implantação de novos serviços de substituição ao manicômio, entre esses dispositivos encontram-se os CAPS, com atendimento com equipe multiprofissional visando a socialização e busca da autonomia.

Os CAPS dentro da atual política de saúde mental são considerados referência de tratamento ao paciente com sofrimento mental, é um dispositivo estratégico na organização da rede de saúde mental, devendo ser territorializado e próximo à localidade de residência do sujeito. É um serviço de atendimento porta aberta a comunidade que tenha demanda de saúde mental, cuja severidade e persistência justifiquem o início do tratamento intensivo neste equipamento (BRASIL, 2004a).

Os CAPS são serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados onde os pacientes deverão receber atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, atividades laborais, de maneira mais ou menos intensiva,

articuladas em torno de um projeto terapêutico singularizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Segundo Onocko-Campos e Furtado (2006), os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo tornado estratégico para a reversão do modelo hospitalar.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza para estes serviços um papel de grande importância à uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Estratégia de Saúde da Família ESF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial Serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido. No entanto, a função aglutinadora e de referência da rede local de saúde mental requerida dos CAPS é ainda, um horizonte a ser alcançado no plano nacional, por outro lado, o Ministério da Saúde lançou mão de profissionais de Saúde Mental compondo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o propósito de fortalecer a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS).

Os CAPS estão em consonância com a Portaria 336, onde caracterizam-se por terem atendimento público em saúde mental, realizar tratamento a pessoas com transtorno mental grave e persistente no seu território de abrangência, e destaca a importância da inclusão da família no processo terapêutico e a necessidade do CAPS está dando assistência dirigidas a esse público.

O novo papel da família como cuidadora da pessoa com transtorno mental foi reafirmado no Relatório Final da 3ª Conferência

Nacional de Saúde Mental, em 2001, consolidando que os CAPS deveriam incluir atividades direcionadas para os usuários e seus familiares, com o objetivo da reinserção social, respeitando a individualidade do sujeito. Sendo assim, a família é chamada a uma conscientização de seus direitos, bem como a viabilização do exercício de sua cidadania (BRASIL, 2001).

De acordo com Bielemann et al (2009) a ênfase do modelo atual em relação ao tratamento do indivíduo com transtorno mental é com a vinculação com a família, onde passa a ser inserida no processo terapêutico contribuindo com a reabilitação social do sujeito. Antes, não era o papel da família o protagonismo do tratamento em conjunto ao usuário, porém, hoje, com essas modificações de modelo o serviço precisa estar de portas abertas à inserção da família, integrando e incentivando a participação nos projetos de vida, bem como suporte para manutenção e continuidade do posto de cuidadores.

A facilitação do contato entre o usuário e os CAPS, se dá devido a responsabilização e aproximação da família como cuidadores. Além disso, cabe ao familiar direcionar valores em relação ao cotidiano do sujeito com transtorno mental. Destaca-se a importância do profissional da saúde em não centrar apenas no usuário, mas sim em toda a estrutura da sociedade que o cerca, e especificamente a família, pois esta constitui o sistema social e de desenvolvimento (DURMAN; AMARAL, 2004).

Portanto, os profissionais dos CAPS consideram os familiares parceiros no tratamento dos sujeitos com sofrimento mental, visto que a família é muitas vezes o elo que o usuário tem com o mundo, e suas redes sociais, percebendo o sucesso da terapêutica adotada pelo serviço (BRASIL, 2004a).

Um dos pontos de grande importância e atenção dos profissionais da saúde é o olhar especializado ao cuidador, pois a família representa o principal lócus do tratamento do seu familiar com sofrimento mental, entretanto, conviver dia-a-dia, constitui-se um grande problema para os cuidadores devido ao desencadeamento de tensão, conflitos e desgastes (OLIVEIRA; JORGE, 1999).

Os profissionais de saúde devem realizar as intervenções terapêuticas de acordo com essa realidade, pois quando o familiar leva seu parente para o tratamento em saúde mental surge nesta acolhida à possibilidade de verificar o sofrimento de ambos. Este reconhecimento possibilita o enriquecimento das redes familiares e vínculos sociais, auxiliando a evolução do usuário (WAIDMAN; GUSMÃO, 2001).

Para destacar este auxílio, os CAPS oferecem atendimentos individuais com orientações, grupos de familiares, sendo encontros onde os cuidadores podem sanar suas dúvidas quanto a patologia, projeto terapêutico e mesmo suas vivências com o usuário, bem como uma aproximação do familiar, dos profissionais da saúde e o paciente com transtorno mental. Os CAPS ainda podem realizar visitas domiciliares, quando não há possibilidade de aproximação do usuário e de seus familiares no serviço, propiciando um diálogo mais estreito.

O território de atuação do CAPS é referencial do cuidado integral do sujeito portador de transtorno mental grave e persistente onde somente ocorre após o conhecimento do contexto do indivíduo. Para que isso aconteça o CAPS tem que se disponibilizar a atuar de forma ágil e resolutiva das diversas situações rotineiras. Assim como outras formas de atuação na comunidade, demandas

telefônicas, atendimentos em locais públicos, visitas domiciliares e atendimento ao usuário e seus familiares, permitindo assim uma maior vinculação e confiabilidade para com os profissionais de saúde (GULJOR, 2003).

Segundo Silva e Braga (2009), os dispositivos que compõem a RAPS, como os CAPS, são de grande importância para a continuidade do tratamento, pois a participação dos usuários neste serviço estreitam laços com os familiares e os profissionais que os acompanham, oportunizando a intervenção nas crises e minimizando as internações e o afastamento do usuário do seu território.

De acordo com Borba et al. (2011) demonstraram que as famílias consideram a importância da inclusão das atividades terapêuticas, além da adesão as medicações, afirmam ainda que devido o movimento da reforma psiquiátrica são percebidas como estratégias importantes para a humanização da assistência.

Schrank e Olschowsky (2008), afirma que a inserção da família pode ser efetivada através de várias estratégias, tais como atendimentos com orientações individuais, busca ativa, visita domiciliar, oficinas terapêuticas e atividades que perpassam os muros do serviço, pois este convívio e parceria oportuniza a vinculação entre equipe e os familiares, para a construção de uma base sólida e auxílio para vencer o estigma da vivência do sofrimento psíquico.

De acordo com Rosa (2005), a abordagem familiar é uma incumbência de todos da equipe que atuam nos serviços em saúde mental, onde nenhum profissional deve ter exclusividade no atendimento. Os serviços se organizam de forma própria para atender a família.

A escuta qualificada é uma simples estratégia para atender a necessidade do familiar, que tem por trás do título de cuidador muitas angústias e dificuldades, sendo que ao mesmo tempo possibilita o manejo em caso de situações de articulações desempenhadas num contexto denominado rede social (KANTORSKI; WETZEL; REINALDO, 2005).

Segundo Melman (2006), para que a relação entre a família e seu parente com transtorno mental se torne saudável e adequada é necessária uma assistência especializada que ofereça orientação, apoio e esclareça dúvidas nos momentos de dificuldades. Tais aspectos justificam a utilização da dinâmica de grupo no CAPS para a atenção à família, esta estratégia inclui a participação dos cuidadores em uma articulação de corresponsabilidade do cuidado.

2.4 Inserção da família nos processos terapêuticos

A inserção da família nos processos terapêuticos do usuário com sofrimento mental é fundamental e indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa nos novos modelos e redirecionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita apenas ao uso de medicamentos e eventuais intervenções, mas estendem-se a ações que visem à ressocialização e reintegração social, familiar e profissional, atentando para a melhoria do bem estar e qualidade de vida do sujeito com transtorno mental e do seu familiar cuidador (SCHRANK; KANTORSKI, 2003).

O acompanhamento da família à pessoa com sofrimento mental é muito importante e um desafio da política pública. Os dispositivos substitutivos que caminham a favor da lógica da reforma

psiquiátrica, se organizam em torno dos princípios da desinstitucionalização, onde incluem a participação da família no cuidado do sujeito com sofrimento mental, atuando como um forte ponto de apoio e articulando com os profissionais do serviço.

O usuário com transtorno mental possui diversos estigmas lançados pela sociedade, além de seus familiares que muitas vezes perpetuam esses preconceitos, ou por vezes estão desgastados com uma rotina de cuidado intensa, fazendo com que o tratamento não seja contínuo ou eficaz, conhecer o contexto familiar e o seu processo reflexivo é de grande relevância para identificar a articulação realizada no núcleo familiar.

Trad (2010, p. 24) constata que a família tem uma importância fundamental, seja qual for o entendimento que se tenha e qualquer processo de mudança social. “Por ela passam as decisões e a maioria dos processos culturais básicos que podem contribuir para mudanças ou enraizar procedimentos”.

Tiveram algumas críticas em relação à inclusão da família no âmbito das políticas públicas, pois tem uma predominância na centralidade do sujeito, onde ele é separado das suas relações sociais, muitas vezes até fracionando em partes anatômicas, esquecendo-se do ser holístico e social que permeiam o seu cotidiano (TRAD, 2010).

Trad (2010) ainda afirma que na política de saúde, a referência da família tem duas vertentes, uma para incrementar as práticas de proteção e participação social ou o reforço da lógica de controle do Estado, como um caráter disciplinador, prática muito presente na história da política da saúde brasileira.

Uma das questões políticas a ser repensada é a forma tencionada pelos profissionais de nível superior em relação à

inserção da família nos projetos terapêuticos em saúde mental. Principalmente quando se fala em integração/participação da família, com possibilidades restritas. Desta forma desenha-se um campo de tensão: A inclusão dos familiares sob a percepção dos profissionais de saúde e o lugar que a família pode ocupar nem sempre são condizentes as suas possibilidades e desejos reais (ROSA, 2005).

O papel das atividades terapêuticas nos serviços comunitários precisa ser incorporado como projeto de vida do sujeito, não podendo ser tratados como processos estáticos, já que acompanham a vida do indivíduo, que apresenta uma flexibilidade nas suas vivências e o dinamismo da vida. De acordo com Pinho et al (2013), as atividades dentro dos projetos terapêuticos devem ser pensadas juntamente com os usuários e familiares, com base nas necessidades daquele indivíduo e não somente pela visão e habilidade do profissional de saúde. É necessário avaliar as demandas, desejos e solicitações de projetos de vida, deve ser pensado como tecnologias de cuidado afetivo, além de trocas simbólicas e potencialização dos indivíduos.

Em um estudo, os familiares acentuaram que o projeto terapêutico é um excelente espaço para discussão e problematização em relação as situações do usuário e também do serviço, segundo eles o fato de decidir sobre os melhores caminhos a serem tomados fazem com que o protagonismo do tratamento seja efetuado, fazendo com o familiar compreenda também o funcionamento da unidade e a condução das políticas. Sendo assim entende-se que a participação da família nas atividades provoca mudanças na equipe e em suas atividades rotineiras, concretizando

papel principal do processo de tratamento (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Em um estudo realizado, os indivíduos da pesquisa percebem o grupo de familiares como uma estratégia de inserção da família no processo terapêutico. O modelo atual destaca o tratamento do usuário com transtorno mental no âmbito familiar, passando a ser incorporada no processo terapêutico, contribuindo com reabilitação psicossocial do usuário (BIELEMANN et al 2009).

A questão central da inserção familiar no projeto terapêutico assistencial em saúde mental é discutir o adoecimento mental no contexto assistencial e a representação deste para os familiares, em relação ao modo de participar do cuidado integral e resolutivo na rede de serviços e sociedade (TRAD, 2010).

O suporte familiar deve transcorrer o projeto terapêutico, já que as ações de reabilitação psicossocial solicitam as funções familiares como condutores do cuidado em saúde mental, possibilitando uma maior eficácia e resolubilidade no tratamento do usuário.

Segundo Rosa (2003), este novo modelo de tratamento e abordagem implica em compreender a família como um grupo que se une aos profissionais de saúde para o gerenciamento no cuidado dos pacientes, promovendo a ressocialização desses sujeitos. Estando como aliada no processo de tratamento, objetivando a importância do apoio e acompanhamento pelos profissionais de saúde.

De um modo em geral, o trabalho realizado com os familiares, necessita de um comprometimento da equipe

multiprofissional no sentido de ampliação do espectro epistemológico do desenvolvimento das práticas de saúde. Desta forma, as demandas e necessidades da família, bem como suas representações sobre o adoecimento demandam a integralidade do cuidado, subjetividade do projeto terapêutico e a dimensão psicossocial (TRAD, 2010).

Após todo o processo de lutas e do novo modelo assistencial, vem intensificando o comprometimento à oferta de cuidado também ao familiar do usuário com sofrimento psíquico. De acordo com Schrank e Kantorski (2003), há um questionamento de como esses serviços vem atuando juntamente com essas famílias. Isso fica evidenciado, pois nem sempre o serviço corresponde as expectativas das famílias, devido, muitas vezes, os profissionais não terem domínio sobre o contexto e funcionamento familiar. Devido a isso, os espaços oferecidos à família devem permitir a inserção no trabalho de cuidado com o usuário, mesmo sendo um procedimento complexo, deve ser um espaço onde profissionais, familiares, usuários e comunidade possam relacionar-se no resgate da cidadania e para a reinserção social do indivíduo.

A comunicação efetiva é um instrumento que precisa estar presente no processo terapêutico, é através disso que o relacionamento interpessoal com a família se torna mais efetivo. No entanto, o seu êxito está ligado diretamente à forma que o usuário está inserido no âmbito familiar e como ele participa dessa dinâmica, além disso, os cuidadores necessitam de estimulação à participação, através da conscientização que modifique a sua ausência, advinda da falta de motivação, que podem levar ao desinteresse (ROSA, 2003).

O cuidador do sujeito portador de transtorno mental, muitas vezes encontra-se adoecido, fragilizado e muitas vezes sobrecarregado pela intensificação do cuidado ao indivíduo, muitas vezes por não encontrar recurso de apoio frente às diversas situações do seu cotidiano. Portanto, o cuidado a essa familiar não é tarefa fácil, advindo de uma realidade complexa, da luta diária em busca de compreensão e da superação dos desafios lançados (ALBUQUERQUE et al, 2007).

Muitas vezes os familiares sentem-se despreparados para lidar com as situações de sofrimento psíquico, sentindo-se incapacitados para o papel de cuidadores, devendo-se levar em consideração, que há um abalo no funcionamento familiar, quando algum integrante da família adoece. Segundo Melman (2001), a estratégia utilizada para apoiar os familiares na intervenção e no cuidado ao usuário alivia o peso dos encargos, facilita o processo de cooperação, estimula a motivação do cuidado e participação do processo terapêutico, melhorando a qualidade de vida para todos os atores envolvidos.

Em relação a sobrecarga familiar um estudo realizado por Barroso et al. (2003) detectaram a existência da sobrecarga subjetiva e objetiva vivenciadas pelos cuidadores familiares. Na sobrecarga objetiva, os resultados indicaram a supervisão do consumo excessivo de bebidas não alcoólicas, como refrigerantes e café, além do cigarro. No âmbito da sobrecarga subjetiva, o que mais ficou evidenciado como itens incômodos para os familiares foi o ato de supervisionar comportamentos vergonhosos dos usuários parentes, incluindo também os quadros de alteração de comportamento, como de agitação, agressividade verbal, fuga para a rua, recusa de medicação, nudez, entre outros.

De acordo com Borba, Schwartz e Kantorski (2008), a família que é atuante ao tratamento do indivíduo com sofrimento mental está sujeita a passar por três tipos de sobrecarga. A primeira é em relação à sobrecarga financeira, principalmente quando a pessoa apresenta uma combinação de manifestações comportamentais, exigindo assim a atenção integral da família, com o comprometimento na inserção ao mercado de trabalho. A segunda situação é em relação à sobrecarga de cuidado, apresentando duas situações: a prestação do cuidado zeloso e o desgaste pela necessidade contínua do cuidado, e o terceiro à sobrecarga físico-emocional, com o aparecimento de problemas orgânicos ou psicológicos, devido ao cuidado intenso ao sujeito portador de transtorno mental, como privação do sono, problemas gastrointestinais e esgotamento emocional.

Essas questões de limitação da família podem ser encontradas no dia-a-dia do processo terapêutico e da relação de cuidado do familiar e usuário portador de transtorno mental, porém quando os familiares são chamados para a responsabilização, com um respaldo dos profissionais da equipe multiprofissional e com todo suporte necessário o aprendizado vai evoluindo, juntamente com o conhecimento das práticas realizadas.

Em um estudo realizado em um CAPS tipo I, percebeu-se que a equipe de saúde do serviço encontrou dificuldade em fazer com que a família participe do cotidiano da instituição. Para que esses cuidadores participem e vivenciem o dia-a-dia do CAPS é necessário que o cuidador sinta-se ator importante no processo de reabilitação psicossocial do usuário com sofrimento mental inserido no serviço (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

A família é o principal apoio no processo da desinstitucionalização, tendo como prioridade o auxílio ao indivíduo com transtorno mental grave, com objetivo de desenvolver suas potencialidades e fortalecer os laços sociais dentro do seu território. Para que esses objetivos sejam alcançados se fazem necessárias diversas intervenções, aproximação e acompanhamento junto às famílias, para que estas estejam aparadas no contexto do conhecimento sobre saúde mental, e a partir do suporte psicossocial, seja possível favorecer a criação e o fortalecimento das redes sociais (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

Em relação à saúde mental, todos os afetos, sejam eles positivos ou negativos, sentidos pelos profissionais, podem estar integrados com a forma de relacionamento entre usuários e os familiares em estares marcados mais pela responsabilização do cuidado, do que pelo comprometimento genuíno. De acordo com Pinho, Hernández, Kantorski (2010) é possível verificar a necessidade de cuidado da família durante o tratamento do seu parente, quando acolhida e envolvida no tratamento, potencializa o processo de intervenção no campo psicossocial. No entanto, se o sucesso do tratamento “vai depender” da atuação da família, é o mesmo que dizer que os trabalhadores se comprometem, mas não se responsabilizam por completo, podendo abrir uma lacuna entre o “dizer” do trabalhador, em relação ao cuidado solidário, pelo contexto da família, e o “fazer” relacionado com a responsabilização pelo não envolvimento integral dela. De acordo com essas duas vertentes verifica-se uma controvérsia no discurso dos profissionais em relação à aproximação e inserção da família no projeto terapêutico, já que é lembrada como parceira do tratamento, porém ao mesmo tempo em que há dificuldades em modificar o padrão de

discurso, impedindo a superação do modelo tradicional de cuidado e responsabilização e a culpabilização da família quando há um distanciamento do serviço e usuário.

No cenário do relacionamento interpessoal, é comum associarem juízos de valores aos comportamentos humanos culpabilizando a família pelo afastamento do cuidador em relação ao tratamento do seu parente, representando a família como um grupo de desinteressado por ter se afastado do serviço. Nesse parâmetro o profissional vai transformando a “aliada” a “vilã” do tratamento. De um lado fica o profissional que acolhe, mas responsabiliza o familiar, e de outro ficam os cuidadores que se afastam porque querem, podem ou porque necessitam de um tempo para se organizarem e cuidarem das suas demandas, muitas vezes deixadas de lado devido as grandes atribuições em relação aos encargos do sofrimento mental. Logo, com a dificuldade da falta de relacionamento dialógico, fica difícil envolver um grupo no serviço e inserção na atuação do plano terapêutico, que já foi penalizado culturalmente por não saber “controlar o seu louco” na comunidade (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Os profissionais da equipe multidisciplinar necessitam conhecer as particularidades das famílias, a dinâmica e funcionamento do contexto familiar, desta forma poderão construir projetos terapêuticos singulares, efetivando a contribuição de oferta aos cuidadores possibilidades diferenciadas para lidarem com as situações do cotidiano.

3 METODOLOGIA

Minayo (2004, p.22) define a metodologia como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Inclui as concepções e abordagem teórica, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”.

3.1 Tipo de Pesquisa

Esta pesquisa caracteriza-se como do tipo exploratória-descritiva, com técnica de análise qualitativa. Este estudo do tipo exploratório caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de campo, onde busca conhecer as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde para a inserção da família no CAPS II, juntamente com a fala dos usuários e familiares. Para Gil (2002, p.43) a pesquisa do tipo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito.

A abordagem qualitativa foi escolhida como técnica de pesquisa, por proporcionar o máximo das falas dos sujeitos envolvidos, neste caso os profissionais que atuam nos CAPS II de Florianópolis e Palhoça e familiares e usuários do serviço. Por outro lado, pesquisas descritivas têm como objetivo principal “[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42).

No contexto da metodologia qualitativa aplicada a saúde, emprega-se a concepção trazida das

Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde (TURATO, 2005, p. 509).

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II foi escolhido para tornar-se objeto de pesquisa, por se tratar de um dispositivo de atenção especializada em saúde mental, que promove a manutenção da ressocialização dos usuários, bem como a participação do familiar propiciando o protagonismo do cuidado. Além de ser um equipamento extra-hospitalar que atende os pressupostos básicos da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Minayo (2004), em relação à pesquisa qualitativa, a amostra não necessita se preocupar com a questão numérica. Considera que deve refletir no conteúdo e nas múltiplas dimensões do estudo, levantando alguns critérios como definição do grupo social mais relevante para aplicação das entrevistas e observação.

De acordo com a fonte de informação, esta pesquisa é de campo, o que envolve conseguir dados e informações acerca de um problema, para o qual se busca uma resposta, ou uma hipótese que se queira comprovar (LAKATOS; MARCONI, 2006).

3.2 Descrições do Local do Estudo

O local para a realização desta pesquisa foi nos Centro de Atenção Psicossocial II que funcionam pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios de Palhoça e Florianópolis.

Palhoça é um município vizinho da região da grande Florianópolis, faz divisa com o município de São José, Paulo Lopes e Santo Amaro, possui uma área de 395,133 km², tendo 137.199 mil/habitantes de acordo com o censo 2010 do IBGE (2012). O município conta com uma rede de atenção psicossocial para os usuários com algum tipo de transtorno mental, entre eles estão: 1 CAPS II, 1 CAPS AD II, 1 CAPS i, 1 Centro de referência em Saúde Mental, 1 UPA 24h, UBS (ESF/NASF).

Florianópolis conta com uma população de 421.240 de acordo com o censo 2010 (IBGE, 2012) e uma população estimada em 2015 de 469.690, com uma área territorial de 645,409 km². O município tem a RAPS com os seguintes dispositivos: 1 CAPS II, 2 CAPS AD II, 1 CAPS i, 2 UPAs, UBS (ESF/NASF).

3.2.1 Equipe

O CAPS II de Florianópolis conta com uma equipe de:

- 1 (um) Coordenador Psicólogo (30h)
- 2 (dois) Psicólogos (30h)
- 2 (dois) Psiquiatras (40h)
- 1 (uma) Enfermeira (40h)
- 2 (duas) Assistentes Sociais (30h)
- 1 (um) Técnico de Enfermagem (30h)

- 1 (um) Técnico de Enfermagem (40h)
- 3 (três) Técnicos Administrativos (30h)
- 4 (quatro) Estagiários de Psicologia (12h)
- 2 (dois) Estagiários de Serviço Social (12h)
- 1 (um) Estagiário de Medicina de Família e Comunidade (16h)
- Estágio de Enfermagem

As atividades realizadas no CAPS II Ponta do Coral em Florianópolis ocorrem todos os dias de segunda a sexta, incluindo a reunião de equipe que acontece nas quartas-feiras. Cada distrito apresenta uma miniequipe de referência, onde avaliam as necessidades das demandas de cada usuário. Realizam grupos e oficinas terapêuticas, bem como grupos de família e assembleia de usuários.

O CAPS II da Palhoça conta com uma equipe de:

- 1 (um) Enfermeiro Coordenador (30h)
- 1 (um) Enfermeiro Generalista (30h)
- 1 (uma) Farmacêutica (20h)
- 3 (três) Psicólogos (30h)
- 3 (três) Assistentes Sociais (30h)
- 2 (duas) Pedagogas (30h)
- 1 (um) Psiquiatra (10h)
- 1 (um) Clínico Geral (10h)
- 2 (dois) Agentes Administrativos (30h)
- 1 (um) Técnico de Enfermagem (40h)

- 2 (dois) Serviços Gerais (30h)
- 1 (um) Vigilante (30h)
- 1 (um) Motorista (30h)

As atividades realizadas no CAPS II da Palhoça ocorrem de segunda a sexta, com grupos e atendimentos individuais para os usuários e para os familiares é proposto um grupo específico que ocorre quinzenalmente, é realizado ainda reunião de equipe técnica toda quarta-feira para discussão de casos com os profissionais técnicos atuantes no serviço, além dos atendimentos individuais.

3.3 População de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nos espaços de dois CAPS II, com a equipe multiprofissional que trabalha diretamente com os familiares dos usuários inseridos no serviço e com os familiares e usuários. Em cada unidade foram abordadas as equipes, familiares e usuários existentes no local, no momento da coleta de dados da pesquisa.

O critério de inclusão se deu após conhecimento prévio da equipe, solicitando 2 profissionais que atuem no CAPS II de cada município, os profissionais foram selecionados a partir da verificação dos que coordenam os grupos de família existentes nos CAPS e mais um profissional que não realiza grupo de família. Foram selecionados também os familiares e usuários que fazem tratamento no serviço, estando presentes no local e que aceitarem participar da pesquisa.

Como critério de exclusão outros profissionais que não os definidos na pesquisa, e que não trabalhem nos CAPS II e

cuidadores ou usuários que não estejam ativos no tratamento no serviço.

A pesquisa teve uma população de 14 entrevistados, realizadas entre os meses de fevereiro e abril de 2017, sendo eles: profissionais técnicos, familiares e usuários do serviço. Os familiares entrevistados não eram dos respectivos usuários que participaram da pesquisa.

3.4 Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada, após aprovação pelo Comitê de Ética e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos de pesquisa (CAAE: 61605716.3.0000.0121).

A primeira etapa para a realização da coleta de dados foi o encaminhamento do projeto após qualificação ao setor de educação permanente do município de Florianópolis e ao Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial II de Palhoça (Foi encaminhado diretamente ao serviço, devido à inexistência deste setor em Palhoça). Após a aprovação do projeto de pesquisa, foi solicitado por meio das coordenações o início das entrevistas em campo.

No primeiro contato em cada instituição foi apresentado aos profissionais de saúde os objetivos da pesquisa e o convite para participar da entrevista, onde foi utilizado um instrumento de pesquisa (Apêndice A, B e C) a partir da aplicação de uma entrevista semi-estruturada buscando analisar as percepções dos profissionais em relação à inserção da família no serviço, o mesmo ocorreu com os familiares e usuários do serviço.

A pesquisa de campo ocorreu por meio da participação da pesquisadora na realização de entrevista individual com alguns

usuários, familiares e equipe multiprofissional. Foi necessário comparecer a cada serviço (Palhoça e Florianópolis) por três dias, acordado previamente com o coordenador do serviço. A coleta de dados ocorreu entre as datas de 24 de fevereiro até 11 de abril de 2017. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas para a realização do estudo. Na entrevista foram questionados aspectos pertinentes de acordo com cada categoria estudada, relacionadas à participação do familiar no serviço de saúde mental.

No momento da coleta de dados cada participante teve um tempo médio de 10 minutos para a entrevista, cada participante foi entrevistado em particular e em momentos distintos, sem que houvesse influências externas. Durante a coleta de dados, apenas dois familiares se negaram a participar da entrevista, não relatando os motivos para a não aceitação, os outros pesquisados responderam todos os questionamentos sem recusa.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados se deu a partir da fala do sujeito do estudo, do processo observacional. No processo de análise, sendo levada em consideração a entrevista semi-estruturada (MINAYO, 1996).

Segundo Minayo (1996), assim, os conteúdos obtidos dos profissionais, usuários e familiares do CAPS II e das observações serão organizados em três momentos:

- a pré-análise, em que se organiza o conteúdo obtido;
- a exploração do material, os dados a serem codificados buscando ver nesta os elementos centrais para a discussão;

- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação em que os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo ao pesquisador a realização de inferências e interpretações.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo, onde envolve a utilização de procedimentos metodológicos para tornar possível a análise e tratamento dos dados realizada por parte da pesquisadora.

A análise e interpretação dos dados foram conduzidas com o método de análise do conteúdo segundo Bardin. “Nem todo o material de análise é susceptível de dar lugar a uma amostragem, e, nesse caso, mais vale abstermos-nos e reduzir o próprio universo (e, portanto, o alcance da análise) se este for demasiado importante” (BARDIN, 2009, p.123).

O método de análise de conteúdo constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos. Percebe-se, porém, que existe por parte do pesquisador iniciante ou do não familiarizado com estas técnicas, dificuldades em relação ao entendimento e aplicação do método.

3.6 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram adotadas as recomendações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, onde esclarece que esta resolução determina que o objetivo dos Comitês de Ética em Pesquisa é proteger o ser humano na sua dignidade e integridade e contribuir para o desenvolvimento científico (CONEP, 2012).

Conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi definida, como uma classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. Sendo a mesma fundamentada nos principais documentos internacionais sobre pesquisas que envolvem seres humanos, a saber, o Código de Nuremberg, de 1947, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2004 e outros documentos afins. Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata. Este conhecimento consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseadas, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência. A presente resolução sob a ótica da coletividade e individualidade do sujeito visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, ao estado e comunidade científica (CONEP, 2012).

A Resolução 466/12, incorpora sob a ética do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética (a autonomia, que é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma; a não

maleficência, de acordo com este princípio, o profissional de saúde tem o dever de intencionalmente, não causar mal e/ou danos a seu paciente; a beneficência quer dizer fazer o bem, de uma maneira prática, isto significa que temos a obrigação moral de agir para o benefício do outro e por último a justiça, onde é interpretada como um modo justo, apropriado e equitativo de tratar as pessoas em razão de alguma coisa que é merecida ou devida à elas.), dentre outros, que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica em revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética. Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, devem cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas (CONEP, 2012).

Todavia, no desenvolvimento deste estudo, foram assegurados aos sujeitos da pesquisa, o anonimato e o sigilo de suas informações em todas as etapas deste estudo, bem como o direito de desistirem do estudo quando assim desejassem, mediante a assinatura do consentimento livre e esclarecido.

A pesquisa teve um risco mínimo, devido o instrumento de entrevista e questionário, porém não foi invasivo a intimidade do indivíduo.

A guarda dos questionários e termo de consentimento livre e esclarecido será realizada pela pesquisadora, ficando durante 5 anos guardados em uma pasta fechada, onde somente os

pesquisadores terão acesso. Após 5 anos serão incinerados para garantir a privacidade e sigilo dos dados obtidos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados analisados no estudo foram realizados através de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A, B, C), realizadas com usuários, familiares e equipe multiprofissional em dois CAPS II da grande Florianópolis. Foram totalizadas 14 entrevistas, sendo 6 com usuários, 4 com familiares e 4 com equipe multiprofissional, realizadas entre os meses de fevereiro à abril de 2017.

A identificação dos dados se dará a partir de três caracterizações, seguida dos números que foram realizados as entrevistas, como “U”, que representa Usuário, “F”, que representa Família e “E”, que representa Equipe Multiprofissional, foi escolhida esta forma para não caracterizar o nome dos sujeitos da pesquisa.

Para atender os objetivos do estudo a pesquisa foi organizada através da análise dos Usuário, Familiar e Equipe multiprofissional. Alguns dados de identificações dos pesquisados foram apresentados através de quadros a seguir. Os dados de identificação e outras informações para análise desse trabalho foram fornecidos pelos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista.

4.1 Usuários

Para facilitar a discussão, foram divididos em dois quadros, descritos em relação a:

- Identificação: Sexo, idade, situação conjugal e tempo que frequenta o CAPS.
- Situação social: Escolaridade, ocupação e membros da família que reside com o usuário.

Quadro 1 - Relação dos usuários entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Situação Conjugal e tempo que frequenta o CAPS.

Usuário	Idade	Sexo	Sit. Conjugal	Frequenta o CAPS
U1	39	Masc	Solteiro	+ 10 anos
U2	53	Femin	Solteira	2 anos e meio
U3	24	Femin	Solteira	1 ano
U4	23	Masc	Solteiro	3 anos
U5	21	Masc	Solteiro	4 anos
U6	56	Masc	Solteiro	+ 10 anos

Fonte: dados pesquisados pela autora

Ao analisar as respostas pode-se verificar que os entrevistados possuem idade entre 21 e 56 anos, predominando o sexo masculino ao sexo feminino, todos relataram serem solteiros. Em relação ao tempo que frequentam o CAPS apresentam números variados, pontuando entre 1 ano e mais de 10 anos de tratamento no serviço.

Pode-se constatar um grande número de usuários solteiros, totalizando 100% da amostra. Além das taxas de divórcios e separação, verifica-se esta dificuldade de interação com o outro, principalmente devido o início da doença mental e modificações comportamentais em idades precoces.

As manifestações da doença mental em sua grande maioria são em idades precoces, e no início das transformações dos papéis dos indivíduos, o que corrobora ao alto índice de solteiros, ruptura

dos estudos ou do trabalho (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

Quadro 2 Relação dos usuários entrevistados em relação à Escolaridade, Ocupação e membros da família com quem possui vínculo.

Usuário	Escolaridade	Ocupação	Membros da Família
U1	Ensino fund. Inc.	Desempregado	Pai e Madrasta
U2	Ensino fund. Comp.	Aposentada	Mora só
U3	Ensino Médio Comp.	Perícia	Mãe e Pai
U4	Ensino Médio Comp.	Desempregado	2 tios paternos
U5	Ensino Médio Inc.	Desempregado	Padrasto, mãe, 2 irmãos
U6	Superior Inc.	Aposentado	1 irmão

Fonte: dados pesquisados pela autora

De acordo com o quadro 2, pode-se verificar que na situação social, os usuários com transtorno mental grave e persistente apresentam baixa escolaridade. Os vários fatores que corroboram para esta análise estão relacionados ao início prévio da doença, ao estigma e preconceito lançados aos indivíduos com transtorno mental e aos fatores sociais que muitas vezes interferem para o início ou continuidade dos estudos.

O estudo demonstrou que a maior parte dos sujeitos estão desempregados, ou já foram aposentados por invalidez, refletindo

no perfil dos usuários que tem transtorno mental grave e persistente, gerando improdutividade pelos sintomas que os acometem, ou muitas vezes pela falta de oportunidade dadas pelos empregadores.

Há uma notória dificuldade de inserção no mercado de trabalho, sendo um obstáculo a ser enfrentado na conquista dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, inclusive pressupostos da Reforma psiquiátrica que abordam essa questão, os avanços e acesso ainda são situações que precisam ser trabalhadas, pois melhorando as condições de vida, melhora consequentemente a qualidade de vida das pessoas, que interferem em vários aspectos, inclusive no seu tratamento.

No ítem que abordou os membros da família com quem reside, variou entre: 1 mora sozinho, porém a localização é próxima dos filhos, 1 com pai e madrasta, 1 com mãe e pai, 1 com tios paternos, 1 com padrasto, mãe e 2 irmãos e 1 usuário reside no Hospital de Custódia por 29 anos.

Os diferentes arranjos familiares descritos pelos usuários apontam para possibilidade de convivência em sociedade e no âmbito familiar, criando laços de afeto, demonstrando que é viável realizar o tratamento em seu território, e obter êxito no seu processo terapêutico. Todo esse processo se deu após muitas lutas para conquistas de direitos dos usuários em realizarem seu tratamento na sua localidade.

A Reforma Psiquiátrica é um processo de lutas sociais e políticas a fim de garantir direitos aos usuários, composto de atores, instituições que incidem em territórios diversos, como do governo federal, estadual e municipal, universidades, movimentos sociais (BRASIL, 2001). Lutas que oportunizaram o tratamento com um

olhar mais humanizado, sem que seja retirado do seu âmbito social e familiar.

4.1.1 Sentimento dos usuários em participar do CAPS

Ao relatarem sobre seu sentimento em relação à participação no CAPS, todos responderam que sentem-se bem, acolhidos, e que as pessoas que ali estão, seja em tratamento ou os profissionais que os entendem, os tratam com respeito e dignidade, deixam de sentir um pouco do preconceito, dos olhares curiosos, da dificuldade do dia-a-dia, e passam a serem atendidos com mais humanidade, podendo verificar que muitos passam por dificuldades e acabam contribuindo mais em relação ao seu tratamento.

Como é apresentado na fala de U4:

Eu me sinto bem, eu me sinto num lugar que eu sou tratado da forma que eu preciso ser tratado, eu tomo a medicação, mas os médicos falam que a medicação não é o único tratamento, tem o projeto terapêutico que também faz parte do tratamento.

Os CAPS dentro da atual política de saúde mental são considerados referência de tratamento ao paciente com sofrimento mental, é um dispositivo estratégico na organização da rede de saúde mental, devendo ser territorializado e próximo à localidade de residência do sujeito. É um serviço de atendimento porta aberta a comunidade que tenha demanda de saúde mental, cuja severidade e persistência justifiquem o início do tratamento intensivo neste equipamento (BRASIL, 2004a).

U6 verbalizou:

Eu me sinto bem, é um ambiente muito acolhedor, então me sinto bem, lá no hospital não tem nada e aqui eu interajo com algumas atividades, tem até uma oficina que a gente coordena, então eu ajudo com a parte elétrica, como ligar e configurar o som, porque eu tenho experiência nisso.

A busca pelo tratamento humanizado, pela oportunidade de vivências e de um serviço especializado em saúde mental, cujo atendimento é territorializado, é um dos direitos e conquistas resultantes em décadas de lutas por uma nova relação social.

Os dispositivos de saúde mental estão atuantes, devido um processo político e social, denominada de Reforma Psiquiátrica, onde atores, instituições incidiram em territórios diversos nas três instâncias de governo, universidades, mercados dos serviços de saúde, conselhos profissionais, seus familiares, movimentos sociais e tantos outros territórios do imaginário social e opinião pública (BRASIL, 2001).

As respostas acima analisadas corroboram com a abordagem em saúde mental que ocorre no seu território, mantém seus vínculos familiares e na comunidade, além da possibilidade de manutenção dos diferentes aspectos da sua vida social. As relações de cuidado promovem um fator importante para sua atenção psicossocial.

4.1.2 Percepção do usuário da participação do familiar no tratamento.

Ao abordar o questionamento de como o usuário percebe a participação da família no seu tratamento, as descrições variam conforme o grau de comprometimento da família, ou pelo fato de estarem estáveis ou terem saído da crise, necessitando de um tratamento e um acompanhamento menos intensivo.

Como é apresentado na fala de U4:

Ah, eles participam de vez em quando, como eu já sei me virar bastante, eu frequento aqui sozinho, nas consultas, para pegar o remédio, marcação de consulta, mas sempre que é preciso eles vem aqui comigo, eles também acompanham de perto a minha situação, às vezes eles vem na consulta comigo, às vezes é só para conversar com o médico, mas também eles conversam sobre a minha situação, meu convívio com eles. Quando eu comecei a frequentar aqui era minha vó que vinha comigo, mas ela faleceu no ano passado e depois disso que começou a acompanhar foi o meu pai e o meu tio, daí eles vem de vez em quanto comigo também.

U5 apresenta uma narrativa relatando que os familiares não estão tão próximos, comparecendo apenas nas consultas médicas: “É... só eu que venho, às vezes eles vem na consulta com o médico, mas raramente” (U5).

Verifica-se que a cultura da procura por determinados profissionais, ou determinadas ações como renovação de receita, consulta com o médico, ou em momentos de crise é o mais procurado pelos familiares, ainda é necessário estar modificando a lógica de atenção e tratamento, desmistificando que somente um

profissional será o melhor para o acompanhamento terapêutico de uma pessoa, possibilitando outras ações conjuntas para a eficácia na abordagem, como relata U2:

Tive uns 49 dias em crise mesmo, eu andava e caía, teve que chamar a minha família e a minha família ficou direto comigo [...] eu evito tirar meus filhos do trabalho, amanhã inclusive a minha filha vem assinar uns papéis, mas só vem meio dia, porque ela trabalha (U2).

Os familiares muitas vezes também apresentam uma sobrecarga em relação ao cuidado, devido às demasiadas tarefas no dia-a-dia, além de cuidadores, filhos, maridos e tantas outras funções decorrentes do cotidiano.

Quando questionados sobre se gostariam que o seu familiar estivesse mais próximo do seu tratamento e porque, U3 utilizou a narrativa expondo que:

“Sim, porque lá em casa são tudo uns ignorantes, para eles saberem um pouco mais de mim e da minha doença”.

Esta fala externaliza a vontade da usuária de ser ouvida e entendida pelos seus familiares, porém há muitas vezes também o despreparo e desconhecimento de lidar com determinadas situações de sofrimento psíquico, sentindo-se incapacitados para o papel de cuidadores, levando em consideração o abalo na funcionalidade da família quando ocorre uma situação de adoecimento.

Segundo Melman (2001), a estratégia utilizada para apoiar os familiares na intervenção e no cuidado ao usuário alivia o peso dos encargos, facilita o processo de cooperação, estimula a motivação do cuidado e participação do processo terapêutico, melhorando a qualidade de vida para todos os atores envolvidos.

Todos os entrevistados responderam que gostariam que seus familiares estivessem mais próximos do seu tratamento, pois se sentem amados, respeitados e compreendidos, como aparece na fala de U4:

Acho que sim, porque sempre que eles estão mais próximos, eles estão bem cientes do que eu tô passando, a forma do tratamento que eles têm por mim muda completamente, sabe? Ajuda bastante, eles fazem mais por mim, mais pelo que eu preciso, esse tipo de coisa (U4).

4.1.3 Percepção do Usuário em relação ao atendimento voltado para a família no CAPS

Em relação ao questionamento realizado em como deveria ser o atendimento voltado para a família no CAPS, muitos usuários responderam que gostariam que o seu familiar estivesse mais próximo do seu tratamento, solicitando possíveis chamados dos profissionais para que a família compareça ao serviço.

U4 relata que os familiares deveriam estar mais presentes e acompanhar melhor a vida diária.

O que eu vejo, é que eu acho que as famílias deveriam ser mais presentes, elas deveriam acompanhar melhor como que tá, porque é família né, quando a gente perde tudo, quando parece que tudo acabou a única coisa que a gente pode contar é a família, então eu acho que a família tinha que ser mais presente, tá mais junto, sabe (U4).

A família é uma grande apoiadora e principal meio para que o usuário seja ressocializado na comunidade e que haja o processo da desinstitucionalização, para que isso aconteça o familiar

necessita estar instruído e fortalecido para consolidar os laços sociais.

Para que esses objetivos sejam alcançados se fazem necessárias diversas intervenções, aproximação e acompanhamento junto às famílias, para que estas estejam aparadas no contexto do conhecimento sobre saúde mental, e a partir do suporte psicossocial, seja possível favorecer a criação e o fortalecimento das redes sociais (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

U1 descreve que poderia haver mais participação da família, comparecerem nas reuniões e que os profissionais chamem os familiares para a participação.

Poderiam participar um pouquinho mais, tipo nas reuniões, eu gostaria que eles participassem da reunião de família, não sei se é por falta de tempo, deveriam conversar mais com os profissionais, e os profissionais deveriam meio que obrigar os familiares a comparecerem mais nos encontros (U1).

Um dos objetivos da equipe multiprofissional nos serviços substitutivos é o incentivo à participação da família no cotidiano assistencial do equipamento, os familiares na sua grande maioria são o elo mais próximo que o usuário tem com o mundo, sendo assim um importante parceiro para o trabalho no CAPS. A inclusão da família como coparticipante do processo no tratamento, vai além de apenas ser um incentivador ao usuário, mas acima de tudo estar relacionado na participação direta do plano terapêutico e das atividades do serviço (BRASIL, 2004a).

4.2 Familiares dos usuários dos CAPS

O novo modelo de atenção ao tratamento ao indivíduo com transtorno mental é a aproximação da família e vinculação nas suas relações sociais, onde o familiar passa a ser inserido nos projetos terapêuticos, atuando como protagonistas no cuidado, contribuindo com a reabilitação social do sujeito.

De acordo com Bielemann et al (2009), antes, não era o papel da família o protagonismo do tratamento em conjunto ao usuário, porém, hoje, com essas modificações de modelo o serviço precisa estar de portas abertas à inserção da família, integrando e incentivando a participação nos projetos de vida, bem como suporte para manutenção e continuidade do posto de cuidadores.

Os dados sociodemográficos foram divididos em quadros, categorizando o perfil epidemiológico dos entrevistados. Foram totalizados quatro familiares pesquisados, dos usuários que fazem tratamento no CAPS II.

Quadro 3 - Relação dos familiares entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Ocupação, Situação Conjugal e tempo que seu familiar frequenta o CAPS.

F	Vínculo	Idade	Sexo	Ocupação	Situação Conjugal	Tempo de frequência
F 1	Marido	37	Masc	Ativo	Casado	4 meses
F 2	Marido	58	Masc	Perícia	Casado	+ 10 anos
F 3	Mãe	64	Femin	Aposentada	Divorciada	3 anos e meio
F 4	Mãe	44	Femin	Aposentada	Solteira	2 anos

Fonte: dados pesquisados pela autora

A análise dos dados demonstra que os participantes têm entre 37 e 64 anos de idade, sendo dois do sexo feminino e dois do sexo masculino, quando questionados sobre a sua ocupação, dois familiares informaram já terem se aposentado, ambas por invalidez, hum entrevistado está na perícia e apenas hum familiar encontra-se ativo, informa que trabalha como autônomo, é pescador. Em relação à situação conjugal, dois participantes são casados, uma divorciada e uma solteira e o tempo que o seu familiar participa do plano terapêutico do CAPS II varia entre quatro meses e mais de dez anos.

Percebe-se que apenas 1 familiar pesquisado encontra-se ativo nas suas funções de trabalho, os outros pesquisados informaram que são aposentados por invalidez e hum está na perícia, todos os três casos afastados das suas funções relatam a integralidade do cuidado ao familiar com transtorno mental, informam que não trabalham fora, porém há um aumento de

sobrecarga do cuidado, já que precisam dar assistência e vigilância a uma pessoa. Dentre os entrevistados dois são esposos e duas são mães dos usuários.

4.2.1 Participação no tratamento do usuário

O novo papel da família como cuidadora da pessoa com transtorno mental foi reafirmado no Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, consolidando que os CAPS deveriam incluir atividades direcionadas para os usuários e seus familiares, com o objetivo da reinserção social, respeitando a individualidade do sujeito. Sendo assim, a família é chamada a uma conscientização de seus direitos, bem como a viabilização do exercício de sua cidadania (BRASIL, 2001).

Os familiares foram questionados em relação à participação no tratamento do seu familiar, a maioria dos relatos foram estritamente voltados para o tratamento no serviço, como trazer para a consulta, cuidar da medicação, ou trazer o usuário para o equipamento, não se atentando para outras indicações de protejo terapêutico, como avaliar o suporte social, e atividades extra serviço especializado ou atividades de lazer.

F2 descreve sua participação como sendo em conjunto, pois o pesquisado também é usuário do mesmo CAPS que a esposa faz tratamento.

É conjunta, pois eu também sou usuário aqui, então ela vem nas minhas consultas e eu venho nas delas, hoje ela tinha consulta e eu tinha psicóloga. Como a família dela é distante, então eu fico atento a ela e ela a mim, quando eu esqueço meu remédio ela me lembra, quando ela esquece eu lembro ela, anoto tudo nos

papéis, no calendário, para não esquecer as coisas, ela me ajuda e eu ajudo ela (F2).

F3 informa ser atuante do processo terapêutico do usuário, participando de atividades no serviço e em atividades diárias na comunidade:

A minha participação é total né, eu acompanho nas consultas, cuido da medicação, trago para grupo, mas ultimamente não tenho conseguido participar do grupo de família, mas procuro me informar bastante sobre a doença, tô sempre pesquisando, lendo alguma coisa, procuro levar para dar uma caminhada na Beira Mar, já tentei colocar na academia, então sou bem ativa (F3).

A facilitação do contato entre o usuário e os CAPS, se dá devido a responsabilização e aproximação da família como cuidadores. Além disso, cabe ao familiar direcionar valores em relação ao cotidiano do sujeito com transtorno mental. Destaca-se a importância do profissional da saúde em não centrar apenas no usuário, mas sim em toda a estrutura da sociedade que o cerca, e especificamente a família, pois esta constitui o sistema social e de desenvolvimento (DURMAN; AMARAL, 2004).

Sem a parceria da família a dificuldade de ressocialização é maior, pois o serviço não consegue atingir 100% do tratamento, avaliando as limitações de fechamento no período noturno, final de semana e feriado, precisando da retaguarda familiar para observar o usuário nos momentos de crise, processo medicamentoso e continuidade do seu projeto terapêutico, avaliando também a conduta da desinstitucionalização, onde o tratamento adequado é estar socializado em seu território.

A pesquisadora ainda pergunta para F3, quais os benefícios que o grupo de família traz em relação ao processo terapêutico do

usuário, bem como o suporte ao familiar. Relata que o apoio é muito grande para o familiar, pois todos que estão ali passam ou passaram por situações semelhantes, auxiliando nesse processo de auxílio.

Eu acho que o grupo de família traz um apoio muito grande para o familiar, porque antes de a gente ver que não é um problema só da gente, antes de ouvir o relato de outras pessoas, a gente pensa de um forma completamente diferente, essa interação entre os problemas dos outros com os problemas da gente, a gente vê que não tá solto no mundo, que não somos privilegiados por essa doença, pois ela ataca muitas pessoas, e os sintomas podem ser bem parecidos ou muito diferentes, então é muito bom, só engrandece o conhecimento, a forma de a gente lidar com o doente melhora (F3).

Segundo Melman (2006), é necessária uma assistência especializada que esclareça dúvidas, oferte orientação e apoio nos momentos de dificuldades e nos momentos do cotidiano também, para que a relação entre o familiar e seu parente se torne mais saudável e adequada. Tais aspectos justificam a utilização da dinâmica de grupo no CAPS para a atenção à família, esta estratégia inclui a participação dos cuidadores em uma articulação de corresponsabilidade do cuidado.

Para destacar estas ofertas, os CAPS pesquisados oferecem atendimentos individuais ou em grupos para familiares, são encontros onde os cuidadores podem solicitar orientações quanto à patologia, medicação, projetos terapêuticos, relatar as vivências dos usuários, bem como, auxílio para a aproximação do familiar, dos profissionais de saúde e do indivíduo com transtorno mental. Além dos atendimentos internos, os profissionais ainda

podem realizar visitas domiciliares, quando há uma dificuldade de aproximação dos familiares e usuários, propiciando um estreitamento nas relações e no diálogo (BRASIL, 2002).

4.2.2 Atendimento Voltado para a Família nos CAPS

O último item do questionamento às famílias dos usuários com transtorno mental é de qual seria a opinião em relação no que poderia melhorar no atendimento voltado para a família, e de qual forma? Todos os entrevistados relataram ter um bom atendimento por parte da equipe e acolhida no serviço, apenas uma citou a necessidade de um acompanhamento psicológico individual, pois mesmo tendo assistência em grupo terapêutico de família, há a necessidade do cuidador em aliviar suas tensões e sobrecargas, e de olhar um pouco mais para a sua vida e não se doar por completo e cuidar apenas do seu parente que tem transtorno mental.

Em relação à narrativa de F1, demonstra essa questão cultural dos brasileiros em não realizarem discussões para melhora do tratamento, ou acompanhamento no geral, tendo a consciência que a crítica pode ser utilizada como um meio construtivo e não depreciativo das atividades realizadas, realizando uma construção em conjunto de todos os atores sociais e protagonistas do cuidado, como podemos avaliar através da fala.

“O atendimento é bem legal, sempre que chegamos aqui eles atendem bem, dão cafezinho, essas coisas” (F1).

A produção do cuidado vai além das questões do serviço, vislumbrando todo atendimento extra equipamento, formulando o projeto terapêutico desse usuário em consonância com a família e a

comunidade, buscando a sua realidade como meio estrutural para o seu atendimento.

Muitas vezes o familiar também não sabe como requerer o atendimento, por desconhecimento das limitações do serviço, ou mesmo por já estar cansado e sobrecarregado com a situação, sendo que quando o usuário está no serviço, o familiar tem um tempo maior para ele, para poder se cuidar e realizar seus afazeres.

Schrank e Olschowsky (2008), afirma que a inserção da família pode ser efetivada através de várias estratégias, tais como atendimentos com orientações individuais, busca ativa, visita domiciliar, oficinas terapêuticas e atividades que perpassam os muros do serviço, pois este convívio e parceria oportuniza a vinculação entre equipe e os familiares, para a construção de uma base sólida e auxílio para vencer o estigma da vivência do sofrimento psíquico.

F3 apresenta uma fala com a análise voltada também para suas buscas pessoais, discorre sobre a necessidade de um olhar direcionado para o cuidador e atenção ao seu sofrimento.

Isso é difícil de analisar, porque eu acho que uma coisa que seria muito interessante e que pelo menos eu não fui agraciada com isso, é um atendimento psicológico aos familiares, eu acho que isso junto com esse grupo da família, mas que a psicóloga pudesse atender individualmente casos específicos, eu acho que seria muito bom, porque o grupo nos favorece, nos auxilia, mas tem muitas vezes que o familiar está muito machucado e não tem coragem de expor sua dor no grupo e de repente preparar essas pessoas para participar de uma forma mais efetiva (F3).

Uma questão de grande importância e atenção dos profissionais da saúde é o olhar especializado ao cuidador, pois a família representa o principal locus do tratamento do seu familiar com sofrimento mental, entretanto, conviver dia-a-dia, constitui-se um grande problema para os cuidadores devido ao desencadeamento de tensão, conflitos e desgastes (OLIVEIRA; JORGE, 1999).

A escuta qualificada é uma simples estratégia para atender a necessidade do familiar, que tem por trás do título de cuidador muitas angústias e dificuldades, sendo que ao mesmo tempo possibilita o manejo em caso de situações de articulações desempenhadas num contexto denominado rede social (KANTORSKI; WETZEL; REINALDO, 2005).

Em muitos serviços esta escuta qualificada ou atendimento a família fica na incumbência de seletos profissionais, dificultando e burocratizando esse manejo com o familiar que vai procurar auxílio principalmente na hora em que mais precisam.

Outro ponto de reflexão é a dificuldade de inserção dos familiares realizados pelos profissionais, principalmente nas atividades individuais, devido superpopulação e grande quantidade de usuários em atendimento em um mesmo serviço. Muitas vezes apresentando também número insuficiente de profissionais por determinada categoria, havendo um déficit de qualidade e conseqüentemente dificuldade de atendimento a todos os indivíduos que necessitem de um cuidado mais intenso.

4.3 Equipe Multiprofissional do CAPS II

A análise da categoria Equipe Multiprofissional será dividida em pontos estratégicos para melhor discussão dos dados. Foram realizadas entrevistas com quatro profissionais da equipe do CAPS II.

Quadro 4 - Relação dos profissionais entrevistados em relação à identificação: Idade, sexo, Profissão e tempo de trabalho no CAPS.

Equipe	Idade	Sexo	Tempo de trabalho
E1	40	Masc	5 anos
E2	37	Femin	2 anos e 6 meses
E3	38	Masc	2 anos e 6 meses
E4	35	Femin	3 anos

Fonte: dados pesquisados pela autora.

Os sujeitos da pesquisa têm entre 35 a 40 anos, dois são do sexo masculino, dois do sexo feminino. Em relação ao tempo de trabalho no CAPS estão entre dois anos e seis meses a cinco anos, apresentando uma boa experiência de serviço no equipamento, conforme demonstra o quadro 4.

4.3.1 Inserção dos familiares no CAPS II

O primeiro questionamento aos sujeitos da pesquisa foi para melhor entender qual maneira é realizada a inserção dos familiares nos projetos terapêuticos dos CAPS, e de que maneira eles interagem com as questões processuais de trabalho. Algumas

narrativas demonstram que a inserção pode ser realizada através do acolhimento, reunião para elaboração do projeto terapêutico e em grupos de família, como é apresentado na fala de E3.

Bom, nós temos, a meu ver, dois momentos que eles são inseridos, nós temos uma reunião multiprofissional, que seria para gerenciamento e elaboração do projeto terapêutico, onde já tem a presença de familiares ou de alguma rede de apoio, e agora há aproximadamente 6 meses nós temos um grupo de família que acontece quinzenalmente, daí já tem uma proposta mais definida, com objetivos e os motivos para encaminhar, eu acho que são esses dois momentos, e no dia-a-dia, as vezes com ligações e quando tem algo mais pontual a gente faz os atendimentos individuais também (E3).

É muito importante essa acolhida do familiar no serviço, para que ela se torne protagonista do tratamento, e não simplesmente ter que acompanhar o familiar no equipamento, ou que seja uma parte secundária ao processo de trabalho do usuário.

O gerenciamento e elaboração das atividades terapêuticas nos serviços comunitários precisam ser incorporados como projeto de vida do sujeito, não podendo ser tratadas como processos estáticos, já que acompanham a vida do indivíduo, que apresenta uma flexibilidade nas suas vivências e o dinamismo da vida. De acordo com Pinho et al (2013), as atividades dentro dos projetos terapêuticos devem ser pensadas juntamente com os usuários e familiares, com base nas necessidades daquele indivíduo e não somente pela visão e habilidade do profissional de saúde. É necessário avaliar as demandas, desejos e solicitações de projetos de vida, deve ser pensado como tecnologias de cuidado afetivo, além de trocas simbólicas e potencialização dos indivíduos.

Outra narrativa demonstra que o familiar procura o serviço quando o usuário está em crise, ou necessita de medicação, ou laudo para a perícia, deixando a parte do projeto terapêutico em 2º plano, conforme a fala de E1.

Existe mais uma questão do serviço social que trabalham com o grupo de família, existe uma dificuldade da adesão dessa família também, então acaba a gente procurando mais a família, do que a família procurando o serviço, então a família procura o serviço quando é acolhimento, inserção, quando falta algum medicamento, mas o processo terapêutico é normalmente o profissional de referência que fica responsável por aquele usuário, ele entra em contato quando o paciente falta, é... para ver o que aconteceu, ou na ausência de medicação, mas acaba sendo uma procura maior nossa, do que ao contrário, se for uma necessidade deles, eles vem, se não, não... Tem o primeiro contato, que trás a necessidade, quando vem do IPQ ou do posto de saúde, ou demanda livre, daí a família trás, mas a gente solicita que na consulta médica pelo menos venha o familiar, até conseguir entender bem o histórico do usuário e no projeto terapêutico é obrigatório que tenha o familiar ou responsável para assinar o projeto terapêutico (E1).

Há uma questão cultural em relação ao modelo médico centrado, da parte curativa, ou seja, a maior importância dada para as consultas e medicações, principalmente quando o usuário está em crise e a família não consegue mais realizar as atividades cotidianas sozinhas e precisa de auxílio para o tratamento. Após essa modificação estrutural do acompanhamento psicossocial, outras profissões e atividades foram inseridas para melhor atender o usuário com demanda de saúde mental, porém nota-se uma ambiguidade de pensamentos e fala por parte dos profissionais,

onde solicitam a presença na consulta médica e para assinar o projeto terapêutico que será realizado pelo usuário, porém muitas vezes não há uma fundamentação da discussão e importância da realização dessa atividade, parecendo ao familiar que é mais uma atividade extra que ele tem que cumprir, do que verificar a real importância da participação da inclusão nesse projeto.

Devido a essas modificações nas práticas de atendimento no contexto da reforma, verifica-se a importância do acompanhamento e apoio aos familiares cuidadores dos indivíduos com transtorno mental, tanto no processo de desospitalização, como na reinserção desses indivíduos na sociedade. Mas para que essa prática seja efetiva é necessário preparo e orientação da equipe multiprofissional de toda a rede (MACEDO et al, 2009).

Não cabe somente cobrar essa conduta de mudança ao familiar, pois perpassaram por todo um processo de tratamento focado na hospitalização e institucionalização, não tendo a necessidade de cuidado para com o usuário, a mudança tem que iniciar pelos profissionais, mostrando a importância do seu trabalho e a importância que todo o projeto terapêutico tem na vida do indivíduo, bem como as melhorias de qualidade de vida promovidas por esses desdobramentos.

Foram questionadas aos entrevistados quais as barreiras encontradas para a inserção dos familiares, alguns citaram a sobrecarga que o familiar enfrenta em relação à suas atividades e ao cuidado, a não responsabilização do familiar frente ao cuidado, a cultura do modelo hospitalocêntrico e a ideia do louco perigoso.

E1 identifica como barreira a não co-responsabilização do cuidado ao paciente com sofrimento mental pela parte da família.

Na realidade a barreira encontrada é eles quererem essa responsabilidade, porque tem alguns que não querem se responsabilizar, tipo assim: eles falam: o problema é de vocês, vocês que tem que dar jeito, que tem que resolver o problema, mas eu penso que são coisas que não cabem ao serviço, então você chama esse familiar, para que ele dê esse suporte, pois não vamos estar na casa do paciente a noite, nem no final de semana, então quem tem que fazer isso é a família, mas muitas vezes não querem se responsabilizar pelo familiar com medo deles fazerem alguma coisa, daí eles falam: e se ele se jogar na frente de um carro? Eu vou ser o responsável? Mas não é essa responsabilização que a gente quer, nós queremos que o familiar seja um apoio mesmo, que a gente possa precisar de algo e entrar em contato, que se tiver alguma solicitação tem uma fala mais de perto, se tiver uma crise nos comunicar, se tiver alguma questão de urgência a gente está orientado a fazer, então é esse contato que eles muitas vezes não querem, então assim: muitas vezes a barreira é deles do que do serviço. Como eu digo, nós chamamos, entramos em contato e o familiar se nega a vir, porque também é um direito deles, porque ninguém é obrigado, então há essa situação de risco, mas em algumas situações, mas é raro, se isso acontecer é encaminhado um ofício ao ministério público, porque não envolve a nós, se a família não quer tomar conta, nós não temos essa obrigação de final de semana, porque aqui é um serviço para tratamento, agora carregar aquilo que não cabe a nós, daí as vezes tem que acionar os órgãos responsáveis (E1).

Em relação à saúde mental, todos os afetos, sejam eles positivos ou negativos, sentidos pelos profissionais, podem estar integrados com a forma de relacionamento entre usuários e os familiares em estares marcados mais pela responsabilização do cuidado, do que pelo comprometimento genuíno. De acordo com Pinho, Hernández, Kantorski (2010) é possível verificar a

necessidade de cuidado da família durante o tratamento do seu parente, quando acolhida e envolvida no tratamento, potencializa o processo de intervenção no campo psicossocial. No entanto, se o sucesso do tratamento “vai depender” da atuação da família, é o mesmo que dizer que os trabalhadores se comprometem, mas não se responsabilizam por completo, podendo abrir uma lacuna entre o “dizer” do trabalhador, em relação ao cuidado solidário, pelo contexto da família, e o “fazer” relacionado com a responsabilização pelo não envolvimento integral dela. De acordo com essas duas vertentes verifica-se uma controvérsia no discurso dos profissionais em relação à aproximação e inserção da família no projeto terapêutico, já que é lembrada como parceira do tratamento, porém ao mesmo tempo em que há dificuldades em modificar o padrão de discurso, impedindo a superação do modelo tradicional de cuidado e responsabilização e a culpabilização da família quando há um distanciamento do serviço e usuário.

No esforço para que haja uma superação do modelo hospitalocêntrico e que as pessoas em sofrimento mental sejam inseridas na sociedade, procura-se efetivar a desinstitucionalização por meio das políticas de saúde mental e a inserção dos serviços substitutivos, tais como as residências terapêuticas ou reafirmar vínculo e laços familiares significativos (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Para que o processo da desinstitucionalização seja mais efetivo todos os atores sociais necessitam estar engajados na busca do melhor tratamento e cuidado aos sujeitos portadores de transtorno mental e muitas vezes o que aparece nas narrativas são os vínculos frágeis, a sobrecarga do cuidado, a responsabilização contra a vontade do cuidado, tornando uma obrigação, pois sem o

protagonismo do familiar, o acompanhamento do sujeito também fica mais deficitário. Esta fala é reforçada também por E4:

Então, é uma resistência de que eles já estão cansados e sobrecarregados, isso é uma fala bem constante, de quando o usuário vem para cá, é o momento que a família respira, então ter que vir aqui é mais uma oneração para esta família, né? Então assim, a sobrecarga de trabalho, como é o cuidado com o usuário sempre é gritante (E4).

A sobrecarga do cuidado é algo que está muito forte e presente no cotidiano dos cuidadores. De acordo com Albuquerque et al (2007), o cuidador do sujeito com sofrimento mental, muitas vezes encontra-se fragilizado, adoecido, e muitas vezes sobrecarregado pela intensificação do cuidado ao indivíduo, muitas vezes por não encontrar recurso de apoio frente às diversas situações do seu cotidiano. Portando, o cuidado a essa familiar não é tarefa fácil, advindo de uma realidade complexa, da luta diária em busca de compreensão e da superação dos desafios lançados.

Eu acho, que tem a ver com a questão cultural, de como é visto o louco na sociedade, apesar de ter o NASF como estratégia nas UBS eles não conseguiram fazer essa parte de educação ainda, de tratar de saúde mental na comunidade para ir mudando o paradigma do louco perigoso, e que o louco tem que tá trancado, de que existe só um lugar para o louco que é o manicômio, acho que a gente, ainda não consegue atuar nos locais falando da reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial que já tem muito anos, mas que a gente ainda não conseguiu fazer nenhuma mudança, então acho que acaba refletindo nisso, porque os familiares também enxergam desse jeito, eles só conseguem pensar em uma alternativas, são raros os casos que entendem o CAPS como

uma alternativa para não serem internados, então assim, cabe a unidade local, as equipes locais fazerem essa intermediação, porque o CAPS não consegue alcançar cada bairro (E3).

A reforma psiquiátrica surge para mudar este modelo focado no tratamento manicomial, foi um período de muitas lutas sociais para mudança de paradigmas e transformação na dinâmica de atendimento a saúde mental, onde era marcada pela exclusão, perda da identidade, este modelo hospitalocêntrico tirava o direito do sujeito ser tratado no âmbito familiar e inserido na sociedade. Diante desta questão histórica há uma grande dificuldade das pessoas na comunidade, ou próprios profissionais de saúde perceber esse novo modelo de tratamento, ainda há a cultura do “louco” perigoso, com estigmas e que precisa ser excluído da sociedade.

No contexto histórico da trajetória da saúde mental, a modalidade da internação surgiu como mecanismo de proteção social, uma vez que os “loucos” eram vistos como uma ameaça e precisava ser contida, através da segregação de confinamento (FOUCAULT, 1978).

No cenário do relacionamento interpessoal, é comum associar juízos de valores aos comportamentos humanos. Culpabilizando a família pelo afastamento do cuidador em relação ao tratamento do seu parente, representando a família como um grupo de desinteressado por ter se afastado do serviço. Nesse parâmetro o profissional vai transformando de “aliada” a “vilã” do tratamento. De um lado fica o profissional que acolhe, mas responsabiliza o familiar, e de outro ficam os cuidadores que se afastam porque querem, podem ou porque necessitam de um tempo para se organizarem e cuidarem das suas demandas, muitas vezes deixadas de lado devido as grandes atribuições em relação aos

encargos do sofrimento mental. Logo, com a dificuldade da falta de relacionamento dialógico, fica difícil envolver um grupo no serviço e inserção na atuação do plano terapêutico, que já foi penalizado culturalmente por não saber “controlar o seu louco” na comunidade (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

E3 ainda relata a questão da procura devido às necessidades emergenciais, do modelo curativo, principalmente quando o usuário está em crise ou precisando de medicação, sendo muito forte a questão médico centrada, deixando a promoção e prevenção de saúde sem a real importância.

[...] é igual morar em um local que tem uma UPA que é do lado, as pessoas acabam tendo a UPA como referência, porque essa coisa da emergência, do tratar, do curativo, ainda é muito forte, tipo a questão médico centrada, então assim, a coisa da estratégia é algo mais antigo ainda, mas as pessoas ainda tem esse pensamento, ainda não aprenderam o que é promoção, prevenção, vão mais no imediatismo, querem resolver esse problema agora, tem muito a ver como a vida vai sendo conduzida também, sendo engolido pelas demandas diárias, não sobrando tempo para a promoção e prevenção, é quando precisa mesmo(E3).

Esta fala traz situações cotidianas e vivenciais que também há uma dificuldade dos familiares em perceberem os grupos/oficinas, bem como a efetivação do projeto terapêutico, se preocupando com o imediato, na busca em sanar sua demanda emergencial e muitas vezes ter a dificuldade em estar olhando o usuário como um todo e percebendo suas necessidades. E4 reforça esta questão emergencial:

Outra coisa que aparece, quando a família vem é para internação compulsória, sempre aparece esse pedido, então tem todo um trabalho para explicar pra eles, porque o CAPS existe, juntamente para evitar internações, fazer esse acompanhamento com a família (E4).

Os CAPS são serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados onde os pacientes deverão receber atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, atividades laborais, de maneira mais ou menos intensiva, articuladas em torno de um projeto terapêutico singularizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

E4 ainda informa que o cuidado é predominantemente focado nas mulheres, novamente aparecendo a sobrecarga devido o cuidado e tarefas de trabalho.

Mas o que mais aparece é isso, essa sobrecarga de cuidado, esse pedido de internação, é que eles também tem outras funções, trabalham, daí como eu vou conseguir vir, eles falam: mais um dia que vou ter que faltar no meu trabalho, é toda uma preocupação com isso, predomina muito as mulheres, como cuidadoras, então assim, muitas não tem nem marido para dividir esse cuidado, então é mais ou menos isso a dificuldade (E4).

Diversas literaturas apontam as mulheres na centralidade do cuidado, entretanto há poucas bibliografias citando a incorporação progressiva do homem no cuidado dos filhos, ou na vida doméstica. Essa questão aparece na fala dos entrevistados, onde reforçam

ainda o papel de hoje das mulheres na sociedade, tendo ocupação salariada e afazeres domésticos.

Segundo Acosta e Vitale (2010), nos anos 70 a opção das políticas sociais recaiu sobre a mulher no contexto familiar. Foi o tempo chamado de “grupo de mães”, onde tinham a oferta de condições e desenvolvimento de habilidades para o melhor gerenciamento do lar, simultaneamente eram ofertadas capacitações para a inserção ao mercado de trabalho.

E3 aponta também a dificuldade em não conseguir realizar um acompanhamento holístico sem a participação da família, pois o serviço apresenta limitações.

A própria necessidade de não se conseguir, como é um atendimento complexo né, a gente não consegue fazer isso sem a família, sem uma rede de apoio, dificilmente vai se conseguir uma melhora, ou mesmo estabilizar o quadro se não tem essa rede de apoio, não tem como pensar em luta antimanicomial se não pensar nisso, porque no próprio CAPS que funciona das 08 às 18h, se não tiver uma rede de apoio depois disso a alternativa será a internação, porque o que vai fazer? Deixar aquela pessoa em risco ou colocando alguém em risco? Muitas vezes final de semana, porque pra gente parece que é só sábado e domingo, mas é um intervalo muito grande, imagina, uma crise que inicia às 17-18h de sexta-feira e o CAPS volta com suas atividades somente na segunda pela manhã e para uma pessoa que está nessas condições é muito tempo, as vezes acontece alguma coisa grave em um intervalo de 2-3 horas e assim vai passar mais de 48 horas (E3).

Os CAPS são dispositivos estratégicos para a reforma psiquiátrica e para a luta antimanicomial, porém há as limitações do serviço, como descrita na fala acima, onde os CAPS não funcionam

24h/d, tampouco final de semana e feriado. Para o usuário que está em crise ou surto o tempo de permanência no serviço é fundamental, realizando o projeto terapêutico planejado para este indivíduo. Para a rede ficar mais fortalecida e conseguir ser mais efetiva a proposta que tenham mais dispositivos que efetivem esse tratamento, como os Centros de Atenção Psicossocial III, equipamentos que funcionam 24h, inclusive final de semana e feriado, fortalecer também toda a rede de atenção psicossocial, como leitos em hospitais gerais, residenciais terapêuticos, serviço de emergência, entre outros.

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Têm a responsabilidade de atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade. Estes serviços são regulamentados pela portaria ministerial GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

A grande restauração dos serviços substitutivos na ótica de Amarante e Torre (2001, p. 33), está na ruptura de antigos paradigmas da psiquiatria clássica, onde permite-se a construção de um novo modelo, que tenha como funcionamento de transformação dos saberes, culturas e práticas, produzindo instituições inovadoras de caráter inteiramente substitutivo. Serviços que nascem de uma ruptura pragmática em momento de transição e por isso com caráter de permanente construção, que envolve outra ética e outro lugar para o homem e o seu sofrimento.

Para Nicácio (2003, p. 51),

A inclusão de um conjunto de procedimentos compreendidos como substitutivos produziu

diversas polêmicas, trazendo para a cena a reflexão sobre o significado de substitutivo, ou ainda, do significado de ruptura com a lógica asilar, debate que seguirá sendo considerado como de fundamental relevância no campo de construções das bases conceituais das práticas inovadoras.

Estes serviços são denominados substitutivos, devido à desconstrução do manicômio e a substituição de suas práticas, transformando recursos materiais e humanos ali situados. A sua modificação está centralizada através das rupturas de determinados paradigmas que orienta o método da psiquiatria tradicional, identificadas como um método centrado nas ciências naturais, conceito de “doença mental”, enquanto erro, desrazão e patologizante, princípio da instituição asilar como recurso terapêutico e o princípio do tratamento moral (AMARANTE; TORRE, 2001).

Todas as grandes mudanças em modelos de atendimentos se deram devido a modificações de práticas e saberes, lutas constantes e quebras de paradigmas, rupturas de modelo focado na doença, na perda da identidade e exclusão social.

Para uma melhor organização dos serviços substitutivos, Rotelli (2001) propõe a partir de três perspectivas:

a) Responsabilidade em responder sobre o cuidado integral do usuário e na totalidade das necessidades de uma população determinada, e na incumbência pelo território, elaborando estratégias dinâmicas, que preservem o direito à assistência e a potencialização dos recursos das pessoas.

b) Modificação na forma de administrar os recursos para a saúde mental deslocam-se as verbas antes destinadas aos leitos ocupados no hospital para a comunidade, ou seja, os recursos

utilizados para investir nas instituições hospitalares, como utilização de leitos, são reorientados para fornecer serviços diretos às pessoas.

c) Multiplica-se e torna-se mais complexa a capacitação dos profissionais, pois com a desinstitucionalização enriquecem-se as competências profissionais, a autonomia de decisão, a formação profissional e os critérios de avaliação.

A Rede substitutiva de saúde mental encontra-se fragilizada em vários pontos, como poucos novos CAPS criados e implantado nos últimos anos, pois para tornarem-se efetivos para a desinstitucionalização e fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, os CAPS precisam estar fortalecidos, tanto em número de equipamentos, quanto de equipe técnica qualificada para o serviço, na realidade de hoje encontram-se poucos dispositivos para conseguir substituir as internações psiquiátricas e muitas vezes equipes incompletas atuantes, devido a isso os usuários em crise que necessitam de um suporte mais intensivo em dispositivos extra-hospitalares muitas vezes encontram barreiras para esse atendimento, avaliando a opção mais direta a própria internação.

Apresenta ainda uma baixa articulação dos dispositivos da rede de atenção psicossocial com a estratégia da saúde da família, havendo sistemas paralelos e com pouca conexão. Os usuários dos CAPS estão alocados em determinadas equipes de ESF, utilizando como serviço de saúde em seu território, ou seja, mesmo com a participação nos serviços especializados, o paciente continua sendo assistido pela equipe na atenção básica. Verifica-se também pouco conhecimento dos profissionais em saberem como funcionam os serviços da rede, sobre o que é o CAPS, as atividades realizadas

pelo NASF, as atribuições da atenção básica, bem como os diversos outros equipamentos pertencentes e atuantes na RAPS.

O pouco investimento de produção em novos profissionais atuantes nos CAPS, como capacitação e formação dos servidores é outro ponto importante para discussão e construção de pensamento crítico, para que haja uma melhora no atendimento e articulação entre os serviços e que a luta para um modelo assistencial mais humano e digno se intensifique.

Em relação aos facilitadores do CAPS para a inserção do familiar os entrevistados pontuaram a facilidade dos cuidadores em comparecerem ao serviço e serem atendidos, ou mesmo no grupo de família para orientações e dúvidas. Relatam também em relação ao compartilhamento do cuidado, e não somente a responsabilização.

Na verdade essa troca de informações, pois o CAPS é aberto, então a gente sempre está disponível aqui, sempre tem alguém para acolher, de repente não é o profissional de referência, mas sempre tem alguém ali que vai acolher, vai fazer uma escuta qualificada, e se houver a necessidade vai encaminhar ao terapeuta, então acontece essa facilidade, essa conversa, aberto a vir e conversar, por telefone também (E1).

O trabalho com os familiares, de um modo em geral, necessita de um comprometimento da equipe multiprofissional no sentido de ampliação do espectro epistemológico do desenvolvimento das práticas de saúde. Desta forma, as demandas e necessidades da família, bem como suas representações sobre o adoecimento demandam a integralidade do cuidado, subjetividade do projeto terapêutico e a dimensão psicossocial (TRAD, 2010).

É importante que o profissional possa estar olhando a família como um articulador entre o serviço e o seu cotidiano na comunidade, e que ela tenha um espaço para ser ouvida e acolhida, trazendo também seus anseios pessoais e relacionados ao usuário.

Em um estudo realizado em um CAPS tipo I, percebeu-se que a equipe de saúde do serviço encontrou dificuldade em fazer com que a família participe do cotidiano da instituição. Para que esses cuidadores participem e vivenciem o dia-a-dia do CAPS é necessário que o cuidador sinta-se ator importante no processo de reabilitação psicossocial do usuário com sofrimento mental inserido no serviço (DUARTE; KANTORSKI, 2011).

Mostrar ao familiar que ele faz parte do processo terapêutico, que ele é um ator principal no tratamento, mostrando que ele é muito importante para a eficácia no cuidado, devido esse familiar ser o elo entre o serviço e a comunidade, estando atendo a qualquer mudança de comportamento ou melhora na questão psicossocial.

E3 relata sobre a possibilidade em fazer os grupos de família, atividade preconizada pelo Ministério da Saúde.

Eu acho que no CAPS, a gente tem essa possibilidade de fazer o grupo de famílias, ter esse espaço para fazer atividades coletivas, não que não dê para fazer na unidade de saúde, acho que dá também, mas a gente acaba tendo mais isso, é preconizado né? [...] O fato de termos uma assistente social na nossa equipe, isso facilita, a assistente social já estar acostumado, já tem na formação dele, essa coisa de tratar a família, incluir a família no cuidado, resgate dos laços, então é importante ter esse profissional a disposição (E3).

De acordo com Bielemann et al (2009), em um estudo realizado com as famílias, verificam que os cuidadores vêm o grupo

de família como uma estratégia de inserção no processo terapêutico, já que o modelo atual destaca o tratamento do usuário no âmbito familiar, ela passa também a ser inserida no processo terapêutico, promovendo a reabilitação psicossocial do usuário.

A nossa postura sempre é essa, sempre compartilhando o cuidado, diante da dificuldade do encaminhamento. Nós falamos aos familiares que nós queremos compartilhar este cuidado e não somente responsabilizar a família por isso, então, o estado estaria fazendo a parte dele, fazendo o tratamento dele durante o dia, mas que a gente precisaria da família para o acompanhamento durante a noite e final de semana, que é quando o usuário fica em crise (E4).

Portanto, os profissionais dos CAPS consideram os familiares parceiros no tratamento dos sujeitos com sofrimento mental, visto que a família é muitas vezes o elo que o usuário tem com o mundo, e suas redes sociais, percebendo o sucesso da terapêutica adotada pelo serviço (BRASIL, 2004a).

4.3.2 Sugestões para ampliação da inserção da família

A última questão norteadora referenciada a equipe multiprofissional são quais as sugestões em relação à ampliação da inserção da família junto ao tratamento ao sujeito portador de transtorno mental. Relatam a questão cultural da família entender que também faz parte do tratamento do usuário, interlocução com a Rede de Saúde, horários que facilite o acolhimento da família e a necessidade de um olhar atento para os cuidadores.

E1 reforça a importância do papel do protagonismo do familiar e não jogar a responsabilidade para o estado, manter uma parceria com o cuidador, para que este compartilhamento beneficie a melhora terapêutica do indivíduo com sofrimento mental.

A sugestão na realidade é essa cultura da família entender que ela também faz parte do tratamento, então a partir desse momento que ela começa a entender que ela tem que fazer parte do tratamento e não jogar para o município essa responsabilidade, muitos familiares falam: “Ah agora está inserido no CAPS então acabou o meu problema, vocês dão um jeito”, mas não é assim que funciona, faz parte do tratamento, a família ajuda até mais às vezes do que o serviço em si, porque a gente está aqui até o horário que terminar o serviço, mas a família vai ter que absorver essas demandas, então eu vejo é que essas pessoas precisam vir ao grupo de família, ver quais as dificuldades, essa troca de informação, mas eu acho que ajudaria mais é a família entender que ela também faz parte do tratamento e ela vir até o serviço também faz parte (E1).

Se no contexto manicomial a família era excluída do tratamento, no contexto da reforma psiquiátrica esse familiar é incluído e passa a ser entendida como o cenário fundamental da recuperação do indivíduo com transtorno mental. Isso porque a família é a conexão dessa pessoa com a comunidade, e mesmo que o cuidador esteja adoecido ele deve ser acolhido, inserido e tratado como protagonista do tratamento (LOBOSQUE, 2007).

Este protagonismo do tratamento perpassa por contextos históricos na saúde mental, onde no contexto hospitalocêntrico era calcada pela exclusão dos indivíduos na sociedade, conseqüentemente dos seus familiares, não deixando exercer o

papel de cuidadores, já a partir das modificações em relação a reforma psiquiátrica os familiares foram chamados para o protagonismo do cuidado, tornando-se atores fundamentais para o processo terapêutico.

E3 cita a importância do trabalho em conjunto com dispositivos atuantes na atenção básica, sendo realizados trabalhos de educação na comunidade, com orientações para o início da mudança de paradigmas e estigmas lançados às pessoas com transtorno mental.

Eu acho que a ideia para o CAPS seria o grupo de família, eu acho que dentro das possibilidades fazer esta interlocução com NASF e equipes locais de saúde para tentar fazer essa mudança na comunidade, porque assim... a comunidade é feita de famílias, então se você age na comunidade, tentando mudar esta estigma, essa coisa que a loucura carrega, do louco perigoso e que ele precisa estar fechado em um lugar, proteger todo mundo e ele mesmo, eu acho que é por aí que a gente tem que ativar (E3).

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo a promoção à vinculação do usuário com sofrimento mental e com necessidades decorrentes ao uso de álcool e outras drogas e suas famílias garantindo a articulação e integração aos pontos de atenção no território, ampliação do acesso da população à atenção psicossocial, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011) a Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes dispositivos:

I - atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II - atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII - reabilitação psicossocial.

Toda essa acessibilidade e estratégia para inserção das pessoas com sofrimento mental corroboram para as mudanças de paradigmas em relação à saúde mental num contexto geral, pois quando a prática é excludente, a sociedade trata isso de uma forma equivocada, porém quando é inclusiva, a sociedade vê como uma quebra de barreiras e preconceitos, por estarem lidando de forma direta sobre o assunto, porém há muito mais do que mudanças em uma legislação, e sim colocaram em prática através de atividades de orientação e trabalhos inclusivos na comunidade, para que assim aconteçam quebras de paradigmas.

Em uma das narrativas destacam a sobrecarga também dos profissionais de saúde, porém há uma tentativa de flexibilidade de atendimento às demandas familiares.

Então, é bem difícil assim, eu vejo não uma dificuldade somente das famílias, como também das equipes em terem horários flexíveis, sabe, porque nós somos engolidos pela demanda que chega, nós somos o único CAPS no município,

então assim, a demanda é muito grande e também não é tão fácil, mas a gente tenta fazer da melhor forma possível, né, geralmente todo técnico de referência tem horário de acolhimento das pessoas que são acompanhados, mas a gente sempre tenta buscar um horário que facilite para aquela pessoa vir, então se ela só pode vir um período nós tentamos articular com o profissional para que ela seja atendida (E4).

A flexibilização do atendimento é uma das estratégias utilizadas para o acolhimento das demandas dos familiares no serviço, para que possam diminuir suas angústias e articular junto com o profissional o cuidado ao usuário com sofrimento mental.

E2 discorre a necessidade de um olhar mais atento para a família, com realização de atividades voltadas para os cuidadores e não apenas grupos para abordagem ao seu familiar em tratamento.

A gente escuta muita reclamação da família tá, que a família precisa de suporte porque o usuário tem atendimento psicológico, tem atendimento médico, oficinas, ele tem toda uma equipe e a família não tem nada, e a família acaba ficando muitas vezes doente junto, porque a família não sabe mais como lidar, então a gente montou o grupo de família pensando nisso, para dar o suporte, mas a gente vê a dificuldade que é de trazê-los para os nossos atendimentos aqui, então assim, este ano a gente pensou em fazer uma roda de conversa com o médico e a equipe, então, questões relacionadas a álcool, bebida, medicação, essa questão de que o usuário pode agredir que não vai ter consequência nenhuma, para desmistificar isso, e a gente está com planos de fazer alguma atividade externa para os familiares, como de levar o familiar no cinema para que eles possam cuidar um pouco de si também e não somente cuidar do usuário, pois muitos deles deixam a sua vida de lado, porque daí o usuário fica se sentindo

culpado por não estar conseguindo fazer as coisas e o familiar culpa o usuário por não estar conseguindo também e aí começa aquela briga onde as coisas que são ditas muitas vezes acabam machucando muito, então em março vai ter uma palestra com o Dr. X, que é o nosso psiquiatra e a equipe, então vamos fazer uma dinâmica e vamos convidar os familiares e usuários (E2).

No momento em que o familiar leva o seu parente para o tratamento em saúde mental, surge nesta acolhida à possibilidade em verificar o sofrimento de ambos, este reconhecimento possibilita o enriquecimento das redes familiares e vínculos sociais, auxiliando a evolução do usuário e realização às intervenções terapêuticas, de acordo com cada realidade (WAIDMAN; GUSMÃO, 2001).

De acordo com a fala de E2, surge uma reflexão onde o profissional verifica a necessidade da participação da família nas atividades terapêuticas, porém verbaliza constantemente a diferenciação e distanciamento do médico x equipe, mostrando que há uma fragmentação do cuidado, como se nem todos os profissionais fizessem realmente parte da equipe multiprofissional, mostra que a ideia de tratamento ainda está no médico centrado, muitas vezes perpassando a ideia de cuidado aos usuários e familiares, onde as falas principais são a procura da medicação, laudo ou quando o usuário está em crise. Cria uma dicotomia que reforça o comportamento da busca pelo imediatismo, da busca por um profissional específico, ao invés da procura pelo projeto terapêutico, e pelo tratamento contínuo do usuário.

Barros (1994, p.107) contribui na compreensão organizacional da dinâmica dos serviços substitutivos, ao apontar como regras-pressupostos que orientam as ações dos profissionais

dos centros de saúde mental de Trieste, as seguintes considerações:

- 1 . A noção de saúde deve ser apreendida não num sentido médico estrito, mas num sentido amplo, ligado à qualidade de vida e à reprodução do bem-estar psicossocial e cultural.
- 2 . A clientela não deve ser classificada através de um conjunto de categorias diagnósticas, tipológicas, comportamentais ou de classe.
- 3 . O princípio da “porta aberta” a todos estabelece que a demanda não deve ser selecionada segundo qualquer critério técnico de priorização preestabelecida.
- 4 . As estruturas não devem ser hierarquizadas segundo os momentos assistenciais de prevenção, tratamento e reabilitação.
- 5 . A valorização da queixa e do motivo emergente que trouxe a pessoa ao centro de saúde mental .
- 6 . A preocupação deve ser constante com a afirmação da contratualidade social da pessoa que adoece e recorre ao serviço;
- 7 . A democratização das decisões e valorização de diferentes saberes deve ser um exercício contínuo na dinâmica das relações institucionais.

Verifica-se que o item 1 é exposto como contribuição na compreensão em não continuar com a lógica médico centrado, e sim no trabalho da equipe multiprofissional, sendo todos ativos e participativos no atendimento a pessoa com sofrimento mental, para que não haja uma fragmentação do cuidado e a necessidade do atendimento integral ao sujeito.

4.4 Olhar ampliado da inserção a partir da ótica dos familiares, usuários e equipe multiprofissional.

Ao analisar os usuários, familiares e equipe multiprofissional, verifica-se a necessidade do olhar atendo para cada um, seja em relação ao sofrimento, ao tratamento ou no cuidado ofertado. Cada um apresenta uma demanda com especificidade que conseqüentemente interfere no outro, seja por solicitação de proximidade de acompanhamento, necessidade de cuidado, ou sobrecarga de trabalho.

Os usuários demonstraram a necessidade da aproximação do familiar em seu tratamento, seja para conhecer mais sobre a sua realidade ou para sentirem-se mais acolhidos e compreendidos, solicitam uma demanda do cuidador em estarem participando dos grupos de família, acompanhamento em consultas ou no cuidado sistemático em suas rotinas diárias, porém a narrativa dos familiares é uma sobrecarga, onde muitas vezes o familiar acaba adoecendo devido o cuidado intenso que tem com o seu parente, sem contar com suas ocupações de trabalho salariado, cuidado com a casa e possivelmente cuidado também de outras pessoas da família.

Em relação aos familiares, devido essa questão de cuidado intensivo e da sua doação ao tratamento do usuário, pode ocorrer também o adoecimento neste cuidador, havendo solicitação de atenção e escuta qualificada por parte da equipe multiprofissional, os familiares muitas vezes encontram-se fragilizados, não sabendo o que fazer em relação ao tratamento, podendo haver uma dificuldade em requerer o atendimento, caso os profissionais não percebam o sofrimento.

Em um estudo sobre família e usuário realizado em um CAPS, foi identificada a ambiguidade de sentimentos em relação ao cuidado a pessoa com transtorno mental adoecida, onde apresentam ‘sentimentos positivos’, relacionados ao convívio com o usuário, assim como um sentimento de muito sofrimento também (COLLETI et al, 2014).

Os profissionais por sua vez percebem esta questão cultural da família em entender que fazem parte do tratamento do usuário, e que são atores fundamentais para que o usuário tenha um acompanhamento sistemático e recuperação do indivíduo, articulando uma parceria entre serviço e família, e fortalecendo as ações juntamente com outros dispositivos da rede para início de mudanças de paradigmas e estigmas lançados à pessoa com sofrimento mental, enriquecendo as redes familiares e os vínculos sociais na comunidade.

A equipe multiprofissional tem um sentimento muitas vezes de não conseguir dar atenção suficiente para os usuários e familiares devido a grande demanda de atendimento e oferta de cuidado, ou pelo número insuficiente de profissionais de determinada categoria, gerando uma série de consequências tanto para os profissionais, quanto para os usuários/familiares do serviço, devido à dificuldade na assistência aos indivíduos que necessita de cuidado mais intensivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a percepção da inserção da família pela equipe multiprofissional, familiares e usuários do CAPS II do município de Florianópolis e Palhoça. A análise realizada contou com 14 sujeitos de pesquisa, dentre eles os profissionais da equipe multiprofissional, familiares e usuários do serviço.

Ao conceituar as rupturas dos paradigmas produzidas pela reforma psiquiátrica, novos dispositivos foram criados para iniciar o processo de tratamento ao usuário com sofrimento mental, bem como mudar a dinâmica de internações hospitalares, baseadas nas exclusões sociais, para o atendimento em seu território de origem, buscando a reinserção social através de uma proposta psicossocial.

A ampliação do debate na área da saúde mental ainda necessita de avanços para o fortalecimento dos serviços substitutivos da rede de atenção psicossocial, porém já houveram transformações na trajetória do modelo de cuidado da pessoa com sofrimento mental. Desde a implantação da Lei nº 10/2016 os direitos dos indivíduos portadores de transtorno mental foram assegurados, juntamente a isso uma proposta de articulação dos serviços como atendimento integral ao usuário.

Dentre estes dispositivos os CAPS são serviços estratégicos na luta pelo direito de atendimento territorial e de tratamento ao indivíduo com transtorno mental, porém muitas limitações são verificadas, como: poucos equipamentos implantados, equipe técnica reduzida, falta de CAPS III nos municípios ou de consórcios com cidades vizinhas, falta de suporte necessário quando o usuário está em crise ou surto, ou falta de suporte familiar, acarretando

assim no encaminhamento para o hospital psiquiátrico, visto que ainda são poucos leitos em hospitais gerais ativos.

A concepção que o usuário percebe a participação da família no seu tratamento no CAPS varia conforme o comprometimento e autonomia do sujeito, sendo que alguns visualizam a proximidade no cuidado, porém a grande procura do familiar ao serviço, ainda se dá pelo tratamento imediatista, como a necessidade de renovação de receitas, laudos ou atestados, ações realizadas pelos profissionais médicos. Os usuários ainda relataram sobre a importância da proximidade e acompanhamento dos seus parentes no tratamento, devido despreparo e desconhecimento de lidar com determinadas situações de sofrimento psíquico e a necessidade de sentirem-se amados e respeitados por eles.

Neste novo modelo de atenção ao sujeito com transtorno mental através da aproximação da família e vinculação nas suas redes sociais, este familiar passa a ser visto como protagonista do tratamento, juntamente com o usuário, passando a ser inserido nos projetos terapêuticos e contribuindo com a reabilitação social do indivíduo, havendo um compartilhamento de cuidado entre os profissionais e os cuidadores.

Nas respostas analisadas em relação à participação da família no processo de tratamento do usuário, a maioria dos relatos esteve relacionada ao tratamento no serviço, em atividades determinadas como: levar para a consulta, cuidar da medicação, deixar o usuário no equipamento para participação de grupos terapêuticos, não se atendo a outras indicações do projeto terapêutico, como avaliação de suporte social, atividades em rede ou atividades de lazer.

O suporte que a família oferta ao usuário é fundamental para a ressocialização e continuidade do projeto terapêutico, os profissionais do serviço avaliam e oferecem o atendimento no âmbito de dispositivo de saúde mental, relacionados ao tratamento, porém a família produz o cuidado extra equipamento.

Uma questão de grande reflexão é o olhar atento ao cuidador que pode adoecer, devido à sobrecarga de trabalho intenso com o usuário, rotinas salarizadas e tantas outras atividades cotidianas, onde algumas estratégias podem ser criadas para melhor entender e acolher o familiar, para que ela também se torne protagonista do tratamento, tais como escuta qualificada, atendimentos individuais ou em grupo, evitando assim desgastes e conflitos, acarretando na fragilidade de vínculos familiares. Porém também pode haver limitações no atendimento aos familiares, devido superpopulação de atendimento no serviço público, equipe multiprofissional reduzida ou dificuldades no comparecimento do cuidador no serviço.

Já os profissionais pontuaram como um facilitador na inserção dos familiares, a oportunidade em comparecerem ao serviço e serem atendidos e também à oferta de grupos de famílias para orientações quanto ao manejo com o usuário, ou mesmo para alívio de tensões do próprio cuidador.

O gerenciamento e a elaboração do projeto terapêutico singular é uma proposta elaborada pela equipe multiprofissional, familiares e usuários do serviço, devendo ser flexível conforme a demanda de cada um. De acordo com os profissionais entrevistados, muitas vezes há uma quebra neste plano, onde o familiar procura de uma forma mais intensa quando o usuário está

em crise, necessita de medicação ou laudo médico, para perícia, aposentadoria entre outros, fortalecendo o modelo médico-centrado.

Por outro lado, há uma questão cultural muito forte para as práticas curativas e imediatistas, quando se verifica o modo de tratamento do indivíduo portador de transtorno mental há alguns anos, pode-se constatar que era voltado para o modelo hospitalocêntrico, na forma da exclusão, e apenas medicamentoso. Os profissionais por sua vez precisam mostrar a força do trabalho da equipe multiprofissional, não focando em apenas um específico.

Em uma das narrativas dos profissionais, surge a reflexão do distanciamento do médico e dos outros técnicos da equipe, fragmentando o cuidado no serviço, bem como o reforço do tratamento médico centrado, criando uma dicotomia de comportamento onde muitas vezes é repassado ao familiar e usuário, nesta procura pelo imediato e curativo.

Os CAPS são dispositivos estratégicos na luta da reforma psiquiátrica, no tratamento do sujeito com sofrimento mental e auxílio aos seus familiares, estes serviços são denominados substitutivos, devido à desconstrução do manicômio e a substituição de suas práticas. Neste contexto a discussão desta rede substitutiva é que se encontra fragilizada, devido número reduzido de CAPS implantados, bem como de CAPS III, (que seriam úteis para o processo de substituição às internações psiquiátricas, juntamente com os leitos em hospitais gerais), baixa articulação com a atenção básica e pouca participação da comunidade nas práticas da saúde mental, além do pouco investimento na formação de novos profissionais e também no fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

Juntamente com o fortalecimento da rede, verifica-se a necessidade de um olhar atento para cada um dos sujeitos da pesquisa, devido à necessidade do usuário em relação à aproximação da família, para que possam compreender mais sobre a sua realidade e sentirem-se mais compreendidos. Em relação aos familiares em apresentarem uma sobrecarga, muitas vezes com o adoecimento devido ao cuidado intensivo e rotinas cotidianas, havendo solicitação de escuta qualificada e atendimentos para o cuidador, e os profissionais que por sua vez encontram limitações devido grande número de atendimentos diários a serem realizados e rotinas desgastantes nas unidades.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ALBUQUERQUE, E. M. et al. O doente mental e sua família: um olhar sobre a dinâmica familiar. In: XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. p. 1139-42. **Anais...** São José dos Campos (PR): [s.n.]; 2007.

AMARANTE, P. D. C. et al. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____.; OLIVEIRA, W. F. A saúde integral e a inclusão da saúde mental no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração. **Dynamis Rev Tecnocientífica**, Blumenau, v. 12, n. 47, p. 6-21, 2004

_____.; TORRE, E. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago, 2001.

AUGÉ, M. **Os domínios do parentesco**. Lisboa: Edições 70, 2003.
AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 339-345, abr-jun; 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROSO, M., et al. Referenciação pediátrica- que realidade?, **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 34, n. 2, p. 89-93, 2003.

BARROSO, S. M.; SILVA, A. M. Reforma Psiquiátrica Brasileira: O caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP**, v. 12, n. 1, p. 66-78, 2011.

BERENSTEIN, I. **Família e Doença Mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BIELEMANN, V. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BORBA, L.O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.2, p.442-449, 2011.

BORBA, L.O.; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.4, p.588-94, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cuidar sim, excluir não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social: relatório final. In: Conferência Nacional de Saúde Mental, **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM Nº 336, de de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **DOU**. Brasília (DF): MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental. Laços - saúde mental em rede. **Caderno eletrônico da reforma psiquiátrica**. Brasília (DF): MS; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1900-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Anais...** Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº- 3.088, de 23 de dezembro de 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **DOU**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>. Acesso em: 17 de novembro de 2016,

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental**. n. 34. Brasília, 2013.

COLLETI, M. et al.. A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 1, p. 123-135, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2016.

CONEP. Publicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 466 de 12 de dezembro 2012. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 16 de maio de 2016.

DUARTE, M.L.C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 64, n. 1, p. 47-52, fev. 2011.

DURMAN, S.; AMARAL, P. C. G. O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria. **Acta Sci Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 113-119, jan-jul, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, S.E.; KANTORSKI, L. P.; HECK, R.M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do Programa de Saúde da Família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v. 5, n. 2, p. 93-102, 2003.

GULJOR, A.P. **Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental** Dissertação. 172 p.. 2003. (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010 de Santa Catarina**. 2012. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=420540>> Acesso em: 30 de junho de 2016.

KANTORSKI, L.F.; WETZEL, C.; REINALDO, A. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Saúde Debate**, v. 29, n. 69, p. 5-16, 2005.

KASLOW, F. Families and Family psychology at the millennium. **American Psychologist**, v. 56, p. 37-46, 2001.

LÉVI-STRAUSS, S. La famille. In: BELLOUR, R. e CLEMENT, C. (Coords) **Claude Lévi-Strauss: textes de et sur Claude Lévi-Strauss**. Paris: Gallimard, 1979.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2006.

LOBOSQUE, A.M. **CAPS: laços sociais**. Mental, v.5, n.8, p.53-60, 2007.

LUIS, M. V.; MARGIOTTE, M. S.; SANTOS, D. S. P. Percepções que a família e o paciente psiquiátrico têm sobre os determinantes

de um distúrbio mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, , v. 10, n. 1, p. 52-59, jan., 1989.

MACÊDO, et.al. **Relatório da pesquisa Análise comparativa da demanda e intervenções na urgência em saúde mental**. Belo Horizonte: relatório inédito, 2009.

MELLO, M., MELLO. A., KOHN, R. **Epidemiologia Da Saúde Mental No Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras; 2001.

_____. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 2. ed. São Paulo: Escrituras; 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde**. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINUCHI, S. ; FISHMAN H, C. Fronteiras. In: MINUCHI, S. **Técnicas de Terapia Familiar**. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1990. Cap. 11, p. 145–157.

NEVES, M. S.; SOARES, A. C. N. A precarização do trabalho no Brasil e os seus rebatimentos no cenário familiar: as marcas históricas da violência. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 18, n. 1, p. 147-166, 2009.

NICÁCIO, F.. **Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde Mental**. 2003. 224f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OLIVEIRA M. M. B.; JORGE, M. S. B. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, R. C. **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 379-88.

ONOCKO, R. T.C; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n..5 , 2006.

OSINAGA, V.; FUREGATO, A.; SANTOS, J. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007.

PEREIRA, P. A. P. Pluralismo de bem estar ou configuração plural da política social sob o neoliberalismo. In: BOSCHETTE, I. et al (Orgs). **Política Social: alternativas ao neoliberalismo**. Brasília: Editora UnB, 2004

PINHO, L. B; et al. Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Jul/Ago. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300018> Acesso em 16 de janeiro de 2017

_____.; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Psychiatric reform, mental health workers and the family's "partnership": the discourse of distancing. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.

RANDEMARK, R.; JORGE, M. S. B.; QUEIROZ, M. V.O. A Reforma Psiquiátrica No Olhar Das Famílias. **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza, CE, v. 13, n. 4, p. 543-545, Out/Dez.: 2004

ROSA L.C.S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo (SP): Cortez, 2003

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.11, n.18, dez. 2005.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROTELLI, F., 2001. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.
SCAVONE, L. Impacto das tecnologias médicas na família. **Saúde em debate**, v. 40, p. 48 – 53, 1993.

SCHRANK, G, OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev Esc Enferm USP.** v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SCHRANK, G; KANTORSKI, L.P. Ações de saúde mental desenvolvidas nos centros de atenção psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. **Fam Saúde Desenv.**, v. 5, n. 3, p. 203-212, Set-Dez; 2003.

SILVA, M. V. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política:** escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SILVA, M.; BRAGA, B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Cienc Saúde Coletiva.**, v.14, p.149-158, 2009.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S., orgs. **Residências terapêuticas:** pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011.. Disponível em:
<<http://static.scielo.org/scielobooks/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

TRAD, L. A. B. (Org.) **Família Contemporânea e Saúde:** Significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde Pública**, Campinas, v.39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais, vol. II** – reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

WIDMAN, M. A. P.; GUSMÃO, R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. **Fam Saúde Desenvolv.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 154-162, 2001. disponível em: revistas.ufpr.br/refased/article/download/5041/3807. Acesso em 09 de janeiro de 2017.

APÊNCIDE A – Entrevista com Usuários



01- Idade:

02- Sexo:

03 – Escolaridade:

04– Profissão:

05 – Membros da família com que reside:

06– Há quanto tempo frequenta o CAPS?

07- Como se sente em participar do CAPS?

08– Como se dá a participação do seu familiar no serviço?

09 - Gostaria que o seu familiar estivesse mais próximo do seu tratamento? Por quê?

10– Em sua opinião, como deveria ser o atendimento voltado para família no CAPS? De qual forma?

APÊNCIDE B – Entrevista com Familiares



- 01 - Idade:
- 02 - Sexo:
- 03 - Profissão:
- 04 - Há quanto tempo seu familiar frequenta o CAPS?
- 05 – Qual a sua participação no tratamento do seu familiar?
- 06 – De que forma você participa das atividades no CAPS?
- 07 – Em sua opinião, o que poderia melhorar no atendimento voltado para a família? De qual forma?

APÊNCIDE C – Entrevista com Equipe Multiprofissional



- 1- Idade:
- 2- Sexo:
- 3- Profissão:
- 4- Há quanto tempo trabalha no CAPS?
- 5 – Como é feita a inserção dos familiares nos projetos terapêuticos desse CAPS?
- 6 – Quais as barreiras encontradas para a inserção dos familiares?
- 7 – Quais os facilitadores?
- 8 – Quais as sugestões para ampliar a inserção?

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa que tem como título “**Estratégias de inserção da família nos centros de atenção psicossocial II**”. A pesquisa tem como objetivo investigar as estratégias dos profissionais do CAPS II em relação a inserção da família ao serviço, bem como a percepção dos familiares e usuários. Esta pesquisa será realizada nos espaços dos centros de atenção psicossocial II, com a equipe multiprofissional e com os familiares e usuários do serviço. Serão realizadas entrevistas, com o tempo médio de 20 a 30 minutos de conversa para cada participante.

Os pesquisadores se comprometem em cumprir com a **Resolução CNS nº 466/12**, assinando também esse documento, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados ocorrerá através de uma entrevista, onde será gravada no momento do questionamento. Você não é obrigado (a) a responder todas as perguntas e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois de já ter aceitado participar dela ou de já ter feito a entrevista), sem ser prejudicado (a) por isso.

Você poderá quando quiser pedir informações sobre a pesquisa ao(à) pesquisador(a). Esse pedido pode ser feito pessoalmente, antes ou durante a entrevista, ou depois dela, por telefone, a partir dos contatos do pesquisador que constam no final

deste documento. Durante toda participação da entrevista, você estará acompanhado da pesquisadora, que lhe prestará toda assistência necessária, a transcrição será realizada fielmente para não haver distorção nas falas.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre a inserção da família nos CAPS II, facilitando o processo de trabalho de outros profissionais ou outras pesquisas nesta área.

Todos os seus dados de identificação serão mantidos em sigilo e a sua identidade não será revelada em momento algum. Serão adotados códigos de identificação ou nomes fictícios. Dessa forma, os dados que você fornecer serão mantidos em sigilo e, quando utilizados em eventos e artigos científicos, assim como em campanhas de prevenção, a sua identidade será sempre preservada.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis e alguns possíveis danos poderão aparecer, como: aborrecimento, cansaço ao responder a entrevista; desconforto; constrangimento ao se expor; alteração de comportamento durante as gravações da entrevista, podendo estar relacionados às memórias e reflexões de sua prática profissional. Caso você identifique essa necessidade todo o suporte será disponibilizado, ou será acionado profissional capacitado para melhor atender a sua demanda.

A pesquisa terá um risco mínimo, devido o instrumento de entrevista, porém não será invasiva a intimidade do indivíduo. A guarda dos questionários e termo de consentimento livre e esclarecido serão realizados pelos pesquisadores, ficando durante 5 anos guardados em uma pasta fechada, onde somente os

pesquisadores terão acesso. Após 5 anos serão incinerados para garantir a privacidade e sigilo dos dados obtidos.

Os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados e tomarão as devidas providências para que os entrevistados estejam assegurados quanto ao sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade de quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado à você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Para que você possa estar participando da pesquisa, destacamos a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária em relação a pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido, portanto se acontecer algum prejuízo material ou imaterial você poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Após o resultado da pesquisa a instituição receberá uma cópia do projeto para todos os sujeitos da pesquisa terem acesso ao resultado obtido.

O TCLE será em duas vias, sendo uma via para o participante, outra para o pesquisador, guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador _____ sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Ana Claudia Scheidt. Tel: (48) 999428089 e-mail:
Ana.scheidt@uol.com.br

End. Profissional: R. Marília B. Vaz, S/N, Areias/São José, CEP:
88113827

Assinatura: _____

E-mail: Walteroliveira.ufsc@gmail.com

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

Telefone: (48) 37216094 - E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Endereço: R. Desembargador Vitor Lima, 222, 4º andar, sala 401,
Trindade/FL

APÊNDICE E – consentimento para fotografias, vídeos e gravações



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UFSC

Eu _____ permito que os pesquisadores relacionados abaixo obtenham gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou qualquer outra forma.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Ana Claudia Scheidt. Fone: 999428089. Email:

ana.scheidt@uol.com.br

Prof. Ph.D. Walter Ferreira de Oliveira. Fone: 999229026

walteroliveira.ufsc@gmail.com