

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL  
UFSC/UCS/UNIVATES/FEEVALE**

**SONIA MARIA COSTA DA SILVA**

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE  
TRANSTORNO MENTAL NO CAPS**

**FLORIANÓPOLIS  
2006**

**SONIA MARIA COSTA DA SILVA**

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE  
TRANSTORNO MENTAL NO CAPS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

**FLORIANÓPOLIS**

**2006**

### Ficha Catalográfica

S182p Silva, Sonia Maria Costa da  
Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS  
[dissertação] / Sonia Maria Costa da Silva. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.  
127 p.; il.

Inclui bibliografia.

Possui Gráfico e Tabela.

1. Enfermagem – CAPS. 2. Transtorno Mental. 3. Portador de Transtorno  
Mental – Assistência Familiar. I. Título.

CDD21<sup>a</sup> ed.– 362.210 981

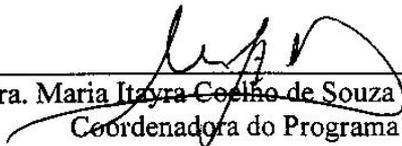
**SONIA MARIA COSTA DA SILVA**

**PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR  
DE TRANSTORNO MENTAL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

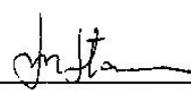
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

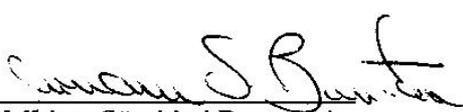
E aprovada na sua versão final em 28 de julho de 2006, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

  
Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

  
Dr. Jonas Salomão Sprícigo  
Presidente

  
Dra. Mariestela Stamm  
Membro

  
Dra. Miriam Süsskind Borenstein  
Membro

Dra. Ceres Braga Arejano  
Membro Suplente

Dra. Silvia M. Azevedo dos Santos  
Membro Suplente

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à minha família que me apoiou nos momentos mais difíceis desta caminhada e com certeza estão felizes por mais esta vitória. Ela foi árdua, mas provou mais uma vez, que unidos atingimos os nossos ideais. Quero dedicar em especial, ao meu companheiro de luta Hardi, e aos meus queridos filhos, Tamiris, Isabel e Guilherme, que por muitas vezes, questionaram mãe quando você vai terminar o mestrado? E agora eu digo que finalmente terminamos mais esta etapa das nossas lutas, que outras virão com certeza, e novamente iremos lutar juntos e venceremos.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas, que de alguma forma contribuíram para que este estudo fosse realizado, pois nada acontece de muito importante sem um sonho, e para que este sonho se torne realidade é preciso que algo realmente aconteça. Um agradecimento especial ao **Dr. Katz, à Técnica de Enfermagem Rosa Caio e à Psicóloga Gianine Sandri.**

À **Coordenadora do CAPS, a Assistente Social Ana Souza**, que sempre me mostrou que vale a pena ser simples e olhar os nossos portadores de transtorno mental, com respeito e carinho. Eu tenho convicção que se existe algum trabalho em nossa cidade, na área de saúde mental, isto se deve muito a você Ana que só é pequena no tamanho, pois possuí um grande coração e uma competência profissional, o mundo seria diferente se existissem mais pessoas como você.

A todos os **profissionais que atuam no CAPS**, o meu muito obrigado, porque na verdade a palavra obrigado é uma espécie de reconhecimento pela força, carinho, e apoio. Por me fazerem acreditar que existem maneiras de transformar a realidade e enquanto houver esperança, também permanecerá a nossa determinação de lutar por dias melhores.

Aos **portadores de transtornos mentais que freqüentam o CAPS**, que antes de tudo são meus amigos, e com certeza vibram comigo o término desta etapa de estudos, eles sempre se mostraram participativos e prontos a me auxiliarem no que estivesse ao seu alcance. Às suas famílias que me receberam de forma carinhosa e respeitosa, mostrando-me os caminhos a serem percorridos, a disposição de participarem dos grupos e das entrevistas realizadas com os mesmos.

Ao meu companheiro **Hardi**, pela compreensão nas minhas ausências e apoio nos momentos difíceis desta caminhada. Minha gratidão pela sua ajuda, pois sem ela eu não teria conseguido chegar até aqui, e com certeza os que conquistam são os que acreditam que podem conquistar.

Às minhas queridas amigas do Mestrado, **Justina, Ligia e Tatiana** que

compartilharam com as minhas dificuldades, e me auxiliaram de forma com que conquistasse confiança em mim mesma, e pudesse tornar este sonho uma realidade.

De uma forma muito carinhosa agradeço em especial a você **Tati** que me apoiou em todas as horas, sendo parceira nos trabalhos, muitas vezes apontou caminhos que eu não via, soube ouvir as minhas inquietações e me apoiou durante toda a trajetória deste mestrado, espero continuar contando com a sua estimável amizade e parceria.

A minha gratidão a todos os **profissionais que atuam na 16ª CRS**, em Lajeado, que além de serem meus colegas de trabalho, compartilham comigo no dia a dia, e muitas vezes me deram força para caminhar em frente e buscar forças nas palavras de amizade, carinho e compreensão por eles dispensados.

À **UNIVATES**, que proporcionou-me esta titulação, e com ela aquisição de conhecimentos, fazendo com isso que a minha prática como docente fosse mais qualificada, mostrando-me o caminho do saber, pois para que haja um desempenho superior deveremos adquirir um aprendizado superior.

Mãe a esperança é algo que traz o sol às sombras das nossas vidas, e nosso vínculo com um amanhã melhor. Quando a esperança se vai, também se vai nossa força vital. Enquanto a esperança permanece viva, também permanece nossa determinação de prosseguir, portanto **Dona Ercila**, vamos juntas nessa esperança de vivermos a vida da melhor maneira possível e obrigado por ter me dado a vida e me ensinado a viver com respeito e dignidade.

Agradeço aos meus irmãos, **Solange, Rosane, Elaine, Patrícia, Artur e Gilberto** pela força que vocês sempre me deram, pelo entusiasmo repassado, pois digo a vocês que o entusiasmo torna uma pessoa velha em jovem e sem ele, o jovem se torna velho. O entusiasmo não admite senão o sucesso. A ousadia não é mais do que a concretização de algo claramente definido e decididamente desejado.

À **coordenação** da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e aos **docentes**, pela dedicação, interesse demonstrado em todo o decorrer do curso, apontando possibilidades, apoio, carinho, fazendo com que a caminhada acontecesse de uma forma gradativa e que os objetivos fossem alcançados.

E, o que dizer para você meu querido professor **Jonas**, meu orientador. Como é

estranha a nossa procissão da vida! A criança diz: “Quando me tornar moço.” O moço diz: “Quando me formar.” Uma vez formado, diz: “Quando me casar.” Após o casamento, e na plena luta pela vida o pensamento muda: “Quando me aposentar.” E então, o aposentado olha para trás e contempla o panorama percorrido. O homem se dá conta de que ele nada aproveitou, e agora está tudo acabado. A vida aprendemos tarde demais não consistindo em esperar pelo futuro, mas em viver plenamente cada dia e cada hora presente. Pode ser que não percebido, mas você me passou isso, quando dizia Sonia, vá com calma, uma coisa de cada vez. Obrigado por me mostrar que as coisas têm sua hora e que não devemos sofrer por antecipação. A verdade é que sempre me deu força para continuar a caminhada. Eu sei que muitas vezes fui inconveniente querendo correr e não deixando o aprendizado fluir, mas com a sua sabedoria me fez ver as diferentes possibilidades encontradas, recuando e encontrando novamente o caminho a ser percorrido.

Não tenho a menor pretensão em dizer que fui uma boa aluna, mas digo também que você foi um ótimo orientador. Assim, a única coisa que me resta é falar através das letras meu Muito Obrigado!

SILVA, Sonia Maria Costa da. **Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental no CAPS**, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 123p.

Orientador: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo foi compreender como as famílias dos portadores de transtornos mentais (PTM), vêm participando ou não, dos projetos terapêuticos implementados em um CAPS I, de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados realizamos em uma primeira etapa, quatro grupos de convivência, com o intuito de conhecer as razões pelas quais as famílias não participavam dos projetos terapêuticos, na segunda etapa retomamos o estudo com o propósito de conhecer as razões pelas quais estas famílias participam ou não dos projetos, e então realizamos entrevistas semi-estruturadas, com doze familiares de usuários do serviço. Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados através dos seus conteúdos (Bardin, 2000). Os resultados apontaram que a não participação das famílias nos projetos terapêuticos, se deve, principalmente, pelo baixo poder aquisitivo e trabalho do cuidador, à doença e à desmotivação. Para as famílias participantes os motivos apontados que fazem com que eles se incluam é a segurança, o apoio que os profissionais repassam através de orientações e informações para que consigam cuidar do seu portador doente. Estes se reportam às mudanças ocorridas nos PTM, junto aos demais componentes da família, após estarem frequentando o CAPS e que se sentem acolhidos quando precisam de ajuda. Concluímos que a participação da família dos PTM é fundamental nos projetos terapêuticos do CAPS, e que a instituição deverá sempre que possível traçar estratégias para conseguir ter as famílias como parceiras nos projetos terapêuticos.

**Palavras chaves:** Família, transtorno mental, participação, assistência.

SILVA, Sonia Maria Costa da. **Participación de la familia en la asistencia al portador de trastorno mental en el CAPS**, 2006. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Post-graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 123p.

Orientador: Dr. Jonas Salomão Sprícigo.

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender como las familias de los portadores de trastornos mentales (PTM), vienen participando o no, de los proyectos terapéuticos implementados en un CAPS I, de una ciudad del interior del estado de Río Grande del sur. Para la recolección de datos realizamos en una primera etapa, cuatro grupos de convivencia, con la intención de conocer las razones por las cuales las familias no participaban de los proyectos terapéuticos, en la segunda etapa retomamos el estudio con el propósito de conocer las razones por las cuales estas familias participan o no de los proyectos, y entonces realizamos entrevistas semi-estructuradas, con doce familiares de usuarios del servicio. Después de la recolección de los datos, los mismos fueron analizados a través de sus contenidos (Bardin 2000). Los resultados apuntaron que la no participación de las familias en los proyectos terapéuticos, se debe, principalmente, al bajo poder adquisitivo y trabajo del cuidador, a la enfermedad y a la desmotivación. Para las familias participantes los motivos anotados que hacen con que ellas se incluyan es la seguridad, el apoyo que pasan los profesionales a través de orientaciones e informaciones para que consigan cuidar de su portador enfermo. Estos se reportan a los cambios ocurridos en los PTM, junto a los demás componentes de la familia, después que estuvieron frecuentando el CAPS y que se sienten acogidos cuando necesitan de ayuda. Concluimos que la participación de la familia de los PTM es fundamental en los proyectos terapéuticos del CAPS, y que la institución deberá siempre que sea posible trazar estrategias para conseguir tener a las familias como compañeras en los proyectos terapéuticos.

**Palabras clave:** Familia, trastorno mental, participación, asistencia.

SILVA, Sonia Maria Costa da. **Family Participation in care for people with mental disability in CAPS**, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Post-Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 123p.

Advisor: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

## **ABSTRACT**

The objective of this qualitative study is to comprehend how families of people with mental disabilities (PTM) are participating (or not) in the therapeutic programs implanted in a CAPS I in a rural community in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The data collection occurred in two stages. In the first stage, four living groups were established with the intention of discovering the reasons for which families have not participated in therapeutic programs. In the second stage, the study was retaken with the purpose of learning the reasons for which these families participated or not in these programs. Afterwards we carried out semi-structured interviews with twelve relatives of users of the service offered. Following data collection, the data was analyzed according to its content (Bardin, 2000). The results point out that non-participation of families in therapeutic programs is due, principally, to the low purchasing power and limited salary of the care-giver, to the condition itself, and to the loss of motivation. For participating families, the motives pointed out which induce them towards inclusion in the programs are security, and the support that the health care professionals provide through orientation and information which permit them to care for their mentally disabled family member. These participating families also report upon the changes which have occurred in the PTM, together with the other family members, after having frequented the CAPS, and that they feel well-received when they need assistance. We conclude that family participation in the PTM is fundamental in the success of CAPS therapeutic programs, as well as that the institution must, whenever possible, seek strategies which permit families to act as partners in therapeutic programs.

**Key words:** Family, mental disability, participation, care.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Caracterização dos cuidadores dos PTM segundo gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, posição na unidade familiar e situação conjugal ..... 56
- Tabela 2:** Caracterização dos Portadores de Transtornos Mentais (PTM) segundo gênero, faixa etária, escolaridade, posição na unidade familiar, diagnóstico, tempo que freqüentam o CAPS, tempo de convívio na unidade familiar e situação conjugal..... 59
- Tabela 3:** Caracterização da unidade familiar do Portador de Transtorno Mental, segundo número de componentes, faixa etária, escolaridade, laços, e renda per capita. .... 61
- Tabela 4:** Modalidade de atendimento/ parentesco do cuidador ..... 62

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Manicômios: cenários da exclusão ao longo da história da assistência psiquiátrica no Brasil .....	22
<b>Figura 2:</b> Folder da luta antimanicomial .....	25
<b>Figura 3:</b> 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história.....	30

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Evolução Anual dos CAPS no Brasil.....	26
--	----

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>12</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>13</b>
<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
2.1 Tecendo o caminho do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	22
2.1.2 Historicizando a Psiquiatria em Porto Alegre .....	28
<b>2.2 Lançando um olhar sobre a Enfermagem Psiquiátrica .....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Conhecendo a família do portador de transtorno mental .....</b>	<b>37</b>
<b>3 SUPORTE TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Enfermagem .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 Enfermagem Psiquiátrica .....</b>	<b>41</b>
<b>3.3 Enfermagem em saúde mental .....</b>	<b>42</b>
<b>3.4 Ser humano .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5 Saúde mental.....</b>	<b>43</b>
<b>3.6 Participação.....</b>	<b>43</b>
<b>3.7 Família .....</b>	<b>45</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Caracterização do Estudo .....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Local do Estudo .....</b>	<b>49</b>
<b>4.3 Sujeitos do estudo .....</b>	<b>51</b>
<b>4.4 Coleta de dados .....</b>	<b>52</b>
<b>4.5 Análise de dados.....</b>	<b>54</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos.....</b>	<b>54</b>
<b>5 ANALISANDO E DISCUTINDO OS DADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1 A família buscando ajuda no CAPS.....</b>	<b>63</b>
<b>5.2 A família revelando suas dificuldades na participação e não participação nos projetos terapêuticos no CAPS.....</b>	<b>67</b>
<b>5.3 A família apontando os benefícios de sua participação no CAPS.....</b>	<b>71</b>
<b>5.4 Compreendendo a influência do gênero na participação e não participação da família nos projetos terapêuticos no CAPS.....</b>	<b>78</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>112</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As transformações que vêm ocorrendo no campo da assistência aos portadores de transtornos mentais, denominadas Reforma Psiquiátrica, remontam os movimentos de redemocratização do país, na década de 70 e 80 do século passado, que expressaram em seu ideário um conjunto de afirmações, dentre as quais a questão da saúde, concebida como um direito de todos e um dever do Estado.

Nesta perspectiva, aquelas situações percebidas como iníquas, entre as quais as assistências prestadas aos portadores de transtornos mentais passaram a ser denunciadas, exigindo-se sua total reformulação de tal forma que os loucos, reificados, silenciados, dos quais foi suprimida toda e qualquer vontade, readquirissem o status de sujeitos, de cidadãos mesmo que, na singular situação apresentassem incapacidade acentuada.

Atualmente, no Brasil, as políticas governamentais ao reconhecerem a falência do modelo hospitalocêntrico, para o atendimento de portadores de transtorno mental, implementam a Reforma Psiquiátrica tendo como princípios a democratização dos serviços, a universalização, equidade, a cidadania do usuário do serviço de saúde e a participação popular.

Este novo olhar tem como foco a tradição da psiquiatria democrática, cujo conceito chave é o de desinstitucionalização, expressando a um só tempo o processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, sobre a doença mental e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito doente. No dizer de Basaglia et al. (1985), é colocar o “louco” na praça para, a partir daí, encontrar um novo lugar que não seja uma nova forma de exclusão. Para tanto se faz necessário construir outros saberes e práticas que não sejam as de objetivar o doente através da sua doença.

Nesta perspectiva é preciso desinstitucionalizar o paradigma, que dá sustentação à instituição psiquiátrica com aparatos científicos, legislativos, administrativos, de

códigos de referência e de relação de poder que se estruturam em torno do objeto “doença” e construir novos serviços, que tenham como centro não mais a doença, mas o doente na sua existência concreta e complexa.

Nicácio (1994, p. 82-91), ao referir-se à organização destes novos serviços na cidade de Santos-SP afirma que:

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) representavam o eixo do circuito santista, distribuídos regionalmente, com funcionamento ininterrupto. Diferentemente dos ambulatórios<sup>1</sup>, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isso, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, e atenção à crise, lugar de ação de reabilitação psicossocial, de agenciar espaço de transformação cultural.

O NAPS tem como horizonte a criação de uma diversidade de redes, de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território.

Esta modalidade assistencial posteriormente foi regulamentada através da Portaria n°. 224 (BRASIL, 1992), tornando-se modelo de assistência para todo o país, estabelecendo as diretrizes de atendimento em saúde mental e as normas para o atendimento ambulatorial (Unidade Básica, Centro de Saúde, Ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial) e para o atendimento hospitalar (Hospital dia/noite, Serviço de Urgência Psiquiátrica, leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria).

Ao pensar na substituição do modelo asilar passou-se, também, a enfatizar a participação da família e da comunidade no cuidado ao portador de transtorno mental.

Nesse contexto, a família representa um núcleo de integração do ser humano, o qual deve ser buscado e abordado devido à importância e necessidade deste no cuidado em saúde mental, como forma de inclusão e participação nos processos de reabilitação.

Os serviços da atenção à saúde mental ao elegem a família como parceira no cuidado ao portador de transtorno mental devem, necessariamente, considerar o que representa para elas a nova demanda. Segundo Fernandes et al. (1999), muitos familiares acabam se isolando, devido ao estigma e preconceito existentes no corpo

---

<sup>1</sup> Os ambulatórios surgem no cenário da assistência psiquiátrica com a criação, em 1977, do Plano

social, tornando suas vidas mergulhadas em torno do adoecimento mental do portador de transtorno mental.

O mesmo autor relata que existe um acúmulo de evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover a estabilização clínica, diminuir ou atenuar recaídas, e diminuir o número de internações psiquiátricas dos pacientes com transtorno mental severo.

Meu interesse por este tema, tem sua origem nas tristes recordações das várias vezes que minha família procurou clínicas psiquiátricas para conseguir um leito, a fim de internar um familiar portador de transtorno mental e, mais recentemente, também na criação do CAPS I, no município onde resido e na forma como este presta o atendimento aos seus usuários.

Depois de concluir a graduação em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul (UCS), em 1981, comecei a trabalhar na Secretaria da Saúde e Meio Ambiente (SSMA) do Estado do Rio Grande do Sul, atuando como supervisora de enfermagem exercendo atividades em diversas áreas, inclusive Saúde Mental. Nesta época, o enfoque era o da aquisição de vagas para internação hospitalar dos pacientes em crise e, quando estes tinham alta hospitalar eram realizados contatos com as famílias, para virem buscá-los.

A atividade como supervisora dos alunos do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário - UNIVATES, junto ao CAPS I, levou-me a repensar minha experiência anterior nesta área: como eram vistos os doentes mentais e como são vistos atualmente no CAPS. Através dessa reflexão percebi como os portadores de transtorno mental eram deixados de lado, ou seja, não havia uma política que de fato os visse como doentes que necessitavam de atendimentos especializados e humanizados. Percebo que a política atual e a atuação dos CAPS vêm se esforçando para mudar esta assistência, tendo como objetivo diminuir as internações hospitalares e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida de seus usuários.

Com a Portaria nº. 336 (Anexo 2), de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), houve um redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental, com a criação dos CAPS, sendo que estes deverão estar capacitados a realizarem, prioritariamente, o

atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, assim como fornecer subsídios para as famílias atenderem seus portadores. Para Gentil (1998) a rede de suporte ao PTM deverá ser capaz de apoiar estas pessoas que, ao saírem do hospital psiquiátrico voltarão ao convívio familiar.

Acredito que a família desempenha papel importante na assistência ao portador de transtorno mental, sendo necessário traçar estratégias para que ela seja estimulada a acompanhar as atividades desenvolvidas no CAPS e, conseqüentemente, trazer melhoria para sua vida – familiares e portadores - promovendo a reinserção social do mesmo.

Atualmente já estão funcionando serviços substitutivos, tais como NAPS/CAPS, hospitais-dia, enfermarias em hospitais gerais, centros de convivências, entre outros. Esses serviços se caracterizam pela utilização intensa de um conjunto amplo e complexo de tecnologias e práticas psicossociais, dirigidas a manter a pessoa com transtorno mental na sua comunidade (FERNANDES et al., 1999).

A exigência de recursos humanos, determinada pela Portaria 336 (BRASIL, 2002), foi um momento significativo para a assistência de enfermagem em saúde mental, havendo a contratação de enfermeiros para a rede extra-hospitalar. Entende-se que o papel do enfermeiro no CAPS está sendo ampliado significativamente. Colvero (1994) comenta que o ensino da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental absorveu as mudanças da assistência psiquiátrica, mas que o enfermeiro, na grande maioria das escolas, ainda continua sendo preparado com uma visão hospitalocêntrica.

Pitta (2001), afirma que a reabilitação engloba a todos nós profissionais e a todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente toda a comunidade, e que as intervenções direcionadas aos doentes mentais deveriam privilegiar ao desenvolvimento de suas potencialidades e a intensificação do seu funcionamento social. A reabilitação não pode ser considerada como uma técnica estanque desenvolvida pós-tratamento. Ela se desenvolve no nosso cotidiano, desde os hábitos mais simples de cuidado pessoal, às questões do trabalho, da convivência, dentre outras.

Sendo assim, toda vez que o profissional de enfermagem trabalhar com um portador é necessário incluir a família no processo de assistência. O grau em que os

membros são incluídos depende do padrão familiar e suas relações com o portador. O nível de envolvimento da família pode mudar ao longo do desenvolvimento da doença. Mesmo assim, o profissional tem um papel importante na ajuda à família em tornar-se partícipe, na medida do possível.

Para Freire (1980, p. 26), “quanto mais conhecermos criticamente as condições concretas e objetivas da realidade, mais poderemos realizar ações dirigidas à sua transformação”.

Na disciplina de Projetos Assistenciais em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem/UFSC, desenvolvi a atividade denominada Prática Assistencial com familiares de portadores de transtorno mental, na qual emergiram relatos sobre as dificuldades da participação dos familiares, no tratamento da pessoa portadora de transtorno mental o que me despertou para tal problemática. No entanto, a atividade acima citada não possibilitou, e não se propunha a tal, compreender de forma mais ampla os motivos da participação/não participação dos familiares, nos projetos terapêuticos ofertados pelos serviços que prestam assistência ao portador de transtorno mental, donde emerge a seguinte interrogação: Quais os motivos apontados pelos familiares, para participarem/não participarem dos projetos terapêuticos das instituições, que prestam cuidados de saúde mental aos portadores de transtornos mentais?

Partilhando da concepção de que a loucura é algo muito complexo que está a exigir a participação de toda a sociedade e que, portanto, não é algo somente para técnicos, entendo que o estudo em pauta justifica-se à medida que a apreensão da realidade da família do portador de transtorno mental assistido num CAPS, poderá oferecer subsídios para o estabelecimento de estratégias, visando a participação efetiva desta nos projetos terapêuticos formulados pelo serviço e contribuir para aumentar a eficácia dos mesmos.

Entendo, ainda, que o desocultar da realidade destas famílias possa estar contribuindo para a produção de conhecimento e, conseqüentemente, propiciar aporte teórico para a enfermagem, tanto na formação do profissional enfermeiro para a prática assistencial, como para o ensino e a pesquisa.

A partir da compreensão da importância que a família tem como parceira na

assistência ao PTM no CAPS, proponho como objetivo geral:

- Compreender os motivos que levam os familiares de portadores de transtorno mental a participarem/não participarem dos projetos terapêuticos implementados pelo CAPS.

E como objetivos específicos:

- Identificar os motivos que levam os familiares de portadores de transtorno mental, a participarem/não participarem dos projetos terapêuticos do CAPS;

- Analisar os motivos apontados pelos familiares de portadores de transtorno mental a participarem/não participarem dos projetos terapêuticos implementados pelo CAPS;

- Fornecer subsídios aos serviços para que estes possam estabelecer estratégias visando à aderência dos familiares de portadores de transtornos mentais aos projetos terapêuticos formulados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Tecendo o caminho do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Ao longo da história da assistência psiquiátrica no Brasil, a mesma tem nos apresentado um cenário caracterizado pelos manicômios, calcada na exclusão do portador de transtorno mental e, mais recentemente, na busca de alternativas, visando estabelecer uma relação pautada pelos princípios dos direitos e da cidadania.



Fonte: Machado (2005).

**Figura 1:** Manicômios: cenários da exclusão ao longo da história da assistência psiquiátrica no Brasil

Assim, foram criados os serviços substitutivos que, de maneira geral, se caracterizam por apresentarem um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais, primando por manter a pessoa com transtorno mental junto à sua família e, conseqüentemente, junto à comunidade.

Para Amarante (1995), é difícil definir quando se inicia o processo de Reforma da prática e do saber psiquiátrico, porém, tanto na França, com o aparecimento do primeiro asilo psiquiátrico com Pinel, quanto no Brasil, com a criação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro é possível já localizar críticas, resistências e projetos de mudanças e das praticidades da psiquiatria. A questão da Reforma Psiquiátrica é a de promover a discussão quanto à reestruturação da atenção à Saúde Mental, o modelo de assistência, compreendendo a palavra “atenção” em seu sentido mais amplo e diverso, não se restringindo somente ao atendimento feito em instituições psiquiátricas, mas o de ocupar-se da pessoa.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente a partir da conjuntura de redemocratização do país, em fins da década de 70 e tem como uma das vertentes a crítica ao Sistema Nacional de Assistência Psiquiátrica (SPRICIGO, 2002).

Assinalamos que o modelo clínico, na realidade brasileira, expandiu-se e contou com importante impulso durante o processo de industrialização nos anos 70, quando ocorreu uma grande expansão na indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. Braga et al. (1978) evidencia que de 1961 a 1971, a indústria de equipamentos médicos apresentou um percentual de crescimento de 599,9% na importação de produtos. Chamamos a atenção para o fato de que, enquanto o mundo voltava-se para a desospitalização, o Brasil, sob o cenário do golpe militar, investia na extensão dos cuidados psiquiátricos através do aumento de leitos e da multiplicação da rede privada contratada.

A partir do ano de 1978, com as denúncias de violência dos manicômios, bem como a mercantilização da assistência, surgiram então as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência, dando-se o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, através do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual era formado por trabalhadores do

movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, e pessoas com longas histórias de internação psiquiátricas (BRASIL, 2005).

Em 1987, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental - CNSM, tendo como tema principal a discussão da cidadania e doença mental, momento no qual foram propostas diretrizes para o processo da Reforma Psiquiátrica, dentre outros, a reversão da tendência hospitalocêntrico e psiquiatrocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional não credenciamento pelo setor público de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos tradicionais, com redução progressiva dos existentes, substituindo-os por serviços alternativos, proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, implantação de recursos assistenciais alternativos como hospital-dia, lares protegidos, núcleos de atenção, entre outros, recuperação de pacientes crônicos em serviços extra-hospitalares e emergência psiquiátrica funcionando em emergências de hospitais gerais (BRASIL, 2005).

Conformado a este ideário, Paulo Delgado, então Deputado Federal apresenta à Câmara Federal, em 1989, Ante-Projeto de Lei contemplando os principais pontos da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: a extinção progressiva dos manicômios e suas substituições por serviços alternativos à internação psiquiátrica compulsória, proibição para construção de novos manicômios e dá competência aos Estados e municípios para implantarem a Reforma Psiquiátrica.

Este projeto, após 12 anos de tramitação na Câmara Federal e muitas alterações foi aprovado em 06 de abril de 2001, transformando-se na Lei nº. 10.216 (Anexo 1) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Em dezembro de 1992, foi realizada na Capital Federal, a segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foram reafirmados os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, seguindo a linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (FERNANDES et al., 1999).



Fonte: Machado (2005).

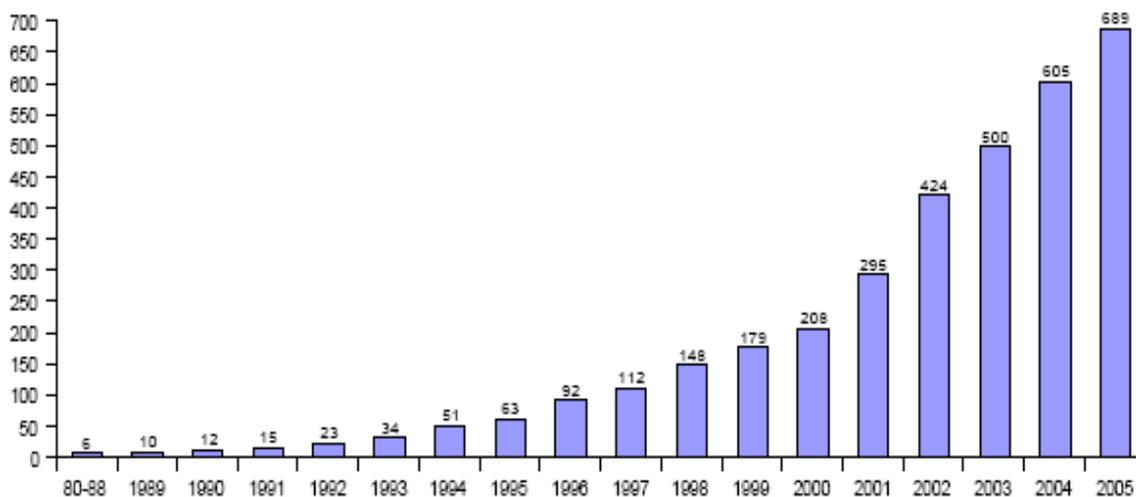
**Figura 2:** Folder da luta antimanicomial

A terceira Conferência Nacional de Saúde Mental realizada na cidade de Brasília em 2001, teve como tema central “Cuidar sim, excluir não”, subdividida em três temas: reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamento; controle social, acessibilidade, direitos e cidadania (BRASIL, 2001).

Esta conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um papel estratégico para a mudança do modelo de assistência (BRASIL, 2001).

Os CAPS são unidades de saúde locais/regionais, que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multidisciplinar (BRASIL, 2004).

Os CAPS podem constituir-se, também, em porta de entrada da rede de serviços para ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica, ou egressos de internações hospitalares. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004).

**Gráfico 1:** Evolução Anual dos CAPS no Brasil

Fonte : Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro de 2005.

Não devemos esquecer que ações restritas ao campo das práticas não poderão, por si só, transformar a essência das relações manicomiais. “A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria, mas no limite a própria sociedade em que vivemos” (BEZERRA, 1992, p.113).

Em vista de experiências em outros países, Rotelli (1990), ao discorrer sobre o processo de desinstitucionalização na Itália, faz um paralelo com a experiência norte-americana, apontando para o fato de que o insucesso do processo de desinstitucionalização nos Estados Unidos, decorreu do fato de que este sistema reduziu a desospitalização. Uma política apressada de esvaziamento de hospitais, não ocorreu concomitante ao reforço e implementação de outros serviços substitutivos à internação, o que gerou uma enorme demanda desassistida, e assim o fim de um grande problema acabou gerando outro problema maior ainda: a geração de uma massa marginalizada e privada de assistência.

Ao abordar a desinstitucionalização, Barros (1994), afirma que esta noção delimita-se no interior dos processos de reestruturação sócio-institucionais das sociedades européias e americanas.

A autora diferencia a experiência dos EUA, França e Inglaterra, onde se deslocou à ênfase do hospital, visando a enfraquecê-los, e a da Itália, onde se optou por desmontar a estrutura manicomial a partir do seu interior.

Remarca que as transformações são necessárias no sentido de estabelecer a relação com a pessoa que sofre, gerar serviços sem critérios generalizadores, perceber que a doença não totaliza a pessoa e que todo gesto pode ser compreendido, tem significado comunicativo e faz parte da vida do indivíduo.

Outra reformulação proposta pelo Ministério da Saúde, seguindo a diretriz de criação de locais de assistência extra-hospitalar, está expressa na Portaria nº. 106 (BRASIL, 2000). Nesta Portaria, está prevista a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento do portador de transtornos mentais.

Outra medida foi criada em janeiro de 2004, onde o Ministério da Saúde publicou a Portaria MS/Nº. 0052, DE 20/01/2004, que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar do SUS – 2004, visando permitir uma transição adequada do modelo assistencial, definindo nova classificação dos hospitais psiquiátricos baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, nas quais estão incorporados o incentivo de qualificação do atendimento prestado, aferido pelo PNASCH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos, e também, o incentivo pela redução de leitos. Cada vez que um hospital reduzir 40 leitos, mudará de classificação e ganhará um aumento no valor da diária paga pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Pretende-se que, com a desativação de leitos psiquiátricos, os recursos financeiros antes utilizados para as internações sejam investidos na rede extra-hospitalar, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos, além dos ambulatórios e na atenção básica, especialmente o Programa Saúde da Família (PSF).

Sendo assim, a tarefa fundamental dos serviços substitutivos envolve criar possibilidade de vida para os usuários e familiares, dentro de um novo cenário, deixando de serem apenas objetos de intervenção técnica para assumirem o papel de

agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas de saúde mental (AMARANTE, 1995).

Este novo caminho vai ao encontro de novas estratégias para a inserção social dos portadores de transtorno mental, incluindo todo o conjunto de vínculos interpessoais como amigos, relações de trabalho, vínculos na comunidade, grupos sociais e políticos. A luta social coloca-se no sentido de conquistar a cidadania plena, reintegração social e busca de condições sociais que toda pessoa necessita para ter uma condição de vida digna e, conseqüentemente, implicando numa mudança cultural, tarefa nada desprezível ou mesmo central.

Notório é o fato de que ocorre em todo país construção de novas e distintas práticas de lidar com as loucuras, os loucos e o sofrimento psíquico. Elas são realidade palpável, com resultados práticos e impactos visíveis nas políticas sociais (AMARANTE, 1992).

Como enfatiza Bastos e Barbosa (2004), esta forma de assistir o portador de transtorno mental, vem logrando êxito na conquista de criar novas condições de inclusão social, existindo ainda uma carência na implantação de um maior número de serviços substantivos ao manicômio.

Nessa perspectiva, existe um grande acúmulo de evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover estabilização clínica, diminuir ou atenuar recaídas e diminuir o número de internações/reinternações psiquiátricas de portadores de transtorno mental severo (FERNANDES et al., 1999).

Portanto, a enfermagem, enquanto profissão fundamentada no objetivo de promover o cuidado, tem na família um excelente espaço de atuação, constituindo-se num desafio, tanto para os enfermeiros como para todos que se propõem a atuar junto às famílias.

### 2.1.2 Historicizando a Psiquiatria em Porto Alegre

A institucionalização da assistência psiquiátrica no Rio Grande do Sul, tem como marco a inauguração do Hospício São Pedro (HSP), em homenagem ao santo do dia e padroeiro da Província, em 29 de junho de 1884, primeiro hospital psiquiátrico

de Porto Alegre e da Província de São Pedro. Durante mais de um século o HSP prestou serviços à causa da saúde mental no Estado. Sua construção, de expressão imperial, foi estimulada pela filantropia constituindo-se, no final do século 19, no maior espaço de cunho social da Província (FRANCO, 1998).

Através dos relatos de Franco (1998) o projeto de construção do Hospício fez parte do processo de saneamento social da cidade, deslocando para o subúrbio todos os que tivessem desvio de conduta, os indesejáveis. O procedimento indolente era impróprio às exigências de produção da emergente sociedade capitalista. É com esta racionalidade que a loucura foi considerada uma ameaça devendo ser silenciada e isolada através do encarceramento físico, longe dos espaços públicos. Os alienados, um dos segmentos sociais excluídos dos padrões de comportamento vigentes na época, até a fundação do HSP, eram alojados em ala especial da Santa Casa de Misericórdia. Como o número de insanos provenientes das mais diversas regiões da Província crescia consideravelmente, foi necessário recolhê-los à Cadeia Civil. A conduta que apresentavam, tranqüilos ou agitados, era um dos critérios que definia o local de internação.

Uma circular imperial, em meados do século 19, definindo os hospitais e as casas de caridade das províncias como as instituições responsáveis pela administração da loucura, acabou com a possibilidade de enviar os insanos para o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Urgia um local ímpar para os alienados (CHEUICHE, 2004).



FONTE: Cheuiche, 2004.

**Figura 3:** 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história

Franco (1998, p. 67) relata, conforme consta no Diário de Viagem da Princesa Isabel, o seu registro de visita ao Hospital São Pedro, durante sua estada em Porto Alegre em 1885: “fui com a Baronesa e o presidente (da Província) ao Hospício de alienados, obra caridosa quanto é possível, tirando setenta e tantos infelizes de cadeias, onde não podem senão piorar. Pareceu-me bem atendido, bem dirigido, e será imenso, pois o que está construído é quarta parte e já é muito grande”.

Referia-se ao Hospital São Pedro, cuja primeira etapa havia sido inaugurada no ano anterior. A princesa revela, primeiro que as obras daquele que seria por décadas o único hospital psiquiátrico do Estado não estavam concluídas. E, segundo, que na ausência desses hospitais, os doentes mentais eram recolhidos às prisões. Contra essa situação escreveu Felicíssimo de Azevedo, no dia da inauguração da primeira ala, em 1884: “Parabéns à Província! Vai cessar o repugnante espetáculo do encarceramento, como criminosos, dos infelizes privados da razão”.

Conforme o historiador Cheuiche (2004), com somente um dos pavilhões prontos, o ato de fundação do Hospício foi comemorado com ostentação, na presença das autoridades e da imprensa de Porto Alegre. O incremento das internações e o

abandono dos pacientes por seus responsáveis estimularam o término da construção do Hospício São Pedro, que só veio a acontecer em 1903. Em 1926, o então governador Borges de Medeiros destinou cinco milhões de cruzeiros para a remodelação do Hospital São Pedro (assim denominado a partir de 1925). As obras iniciadas em janeiro de 1927, quando estava na direção da Instituição o médico psiquiatra Jacintho Godoy, foram canceladas em 1930 devido ao clima de instabilidade política do país. É nesse período que o discurso psiquiátrico e os novos recursos terapêuticos, de avançada tecnologia à época, foram efetivamente instalados no âmbito do Hospital São Pedro.

Lopes (2001) relata que os hospitais psiquiátricos no Brasil surgiram no final do século XIX, profundamente influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. O primeiro foi o Asilo Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado em 1853. O Hospício São Pedro de Porto Alegre, hoje Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), foi inaugurado em 1884. As atividades de ensino neste Hospital tiveram início em 1908, incentivadas por seu Diretor Dr. Deoclécio Pereira, para os alunos da Faculdade de Medicina, que atualmente faz parte da UFRGS. Posteriormente, em 1926, inicia-se a grande fase de pesquisas no Hospital, instituída por seu Diretor Dr. Jacyntho. Muitas formas de tratamento e inovações foram introduzidas naquela época, tais como Insulinoterapia de Sakel, eletroconvulsoterapia de Ugo Cerletti, entre outros métodos de tratamento. A fundamentação teórica para estes procedimentos seria a de que uma desmontagem da estrutura psíquica proporcionaria uma reconstrução sadia. Foram marcantes os trabalhos do Dr. Godoy no combate à paralisia geral progressiva, de origem sífilítica, tratada pela aplicação de arsênico e bismuto. Descoberta pelo austríaco Professor Wagner von Jaureg, a malarioterapia, foi introduzida pela primeira vez no Brasil, no Hospital São Pedro, com grande sucesso na época.

O mesmo autor enfatiza que a preocupação em amenizar o sofrimento dos portadores de transtorno mental levou à criação, no Rio Grande do Sul, em 1974, a Sociedade de Apoio ao Doente Mental (SADOM), quando a assistente social Noely Ely, funcionária do HPSP convidou um grupo de senhoras da sociedade para visitar as pacientes de sua unidade, onde a maioria vivia em completo abandono familiar. Após quatro anos de trabalho experimental, esse grupo de dez senhoras consultou a

Assessoria Técnica da Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos do Estado do Rio Grande do Sul – (FDRH/RS), que as orientou em relação ao estatuto e ao planejamento de entidades, quando então foi fundada oficialmente a Sociedade, em 27 de setembro de 1978. Sua sede foi, inicialmente, na residência de uma das voluntárias, passando mais tarde a localizar-se nas dependências do Hospital e de onde não mais saiu.

A SADOM permanece caracterizada como sendo de natureza civil, particular sem fins lucrativos e de caráter beneficente, cultural e recreativo. Por ser, também, comunitária, procura motivar e conscientizar a população da necessidade de auxiliar o doente mental e sua família na difícil tarefa de sua reintegração na sociedade. Ela presta auxílio à todas as unidades do Hospital Psiquiátrico São Pedro, buscando suprir necessidades físicas e também emocionais dos pacientes. Atualmente, cerca de quinze pessoas realizam atividades voluntárias na Sociedade (LOPES, 2001).

O Rio Grande do Sul foi o Estado no qual o modelo preventivo-comunitário foi mais marcante. Esse modelo teve como exemplo emblemático a experiência desenvolvida na Unidade Sanitária de Murialdo, na periferia de Porto Alegre. Desde a década de 1960 funcionava como unidade experimental da Secretaria de Saúde do Estado e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A partir de 1974 criou-se um programa alternativo de prestação de serviços, sob a forma de sistema comunitário de saúde, desenvolvido para prover serviços gerais de saúde sem dissociar as tarefas curativas e de reabilitação das de prevenção e fomento (DUARTE, 2005).

Estabeleceram-se algumas prioridades quanto à forma de funcionalidade, pautadas nos pressupostos da saúde pública e da psiquiatria comunitária. Priorizou-se o atendimento às famílias e a capacitação de pessoal técnico, com treinamento de membros da comunidade para exercer o papel de agentes de saúde. Atividades grupais e avaliações epidemiológicas marcaram essa experiência, realizada com base em um modelo de psiquiatria comunitária inovador no país, em um momento no qual a prática de assistência hospitalar predominava e as propostas comunitárias praticamente não ultrapassavam a condição de documentos oficiais (OPAS, 1990; GOMES, 1993).

Foi, também, no Rio Grande do Sul, que surgiu no início dos anos 1960, a Clínica Pinel sob a coordenação do psicanalista Marcelo Blaya, considerado o

primeiro modelo assistencial no país influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica. Inspirada nos conceitos de seu idealizador, Maxwell Jones, bem como nas experiências da psicoterapia institucional francesa, a proposta das comunidades terapêuticas era viabilizar uma prática alternativa que agisse no interior dos hospitais asilares. Em essência, procuravam alterar a lógica do funcionamento manicomial tornando-o um espaço de recuperação que integrava os pacientes, familiares e terapeutas desprovidos da hierarquia repressiva da instituição (DUARTE et al., 2000).

Ainda na década de 1960, David Zimmermann instalou um serviço comunitário na Divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Propunha restrição da terapêutica medicamentosa e estimulando a terapia ocupacional e a terapia de orientação psicanalítica no tratamento dos pacientes internados. No começo dos anos 1970, no município de Viamão, interior do Estado, foi criado o Centro Agrícola de Reabilitação. Os pacientes internados no hospital psiquiátrico da cidade eram estimulados a trabalharem em estabelecimentos agrícolas da região próxima ao hospital (BRUM et al., 1983).

Com uma caminhada em prol do Portador de Transtorno Mental, o Rio Grande do Sul tornou-se pioneiro na reforma psiquiátrica brasileira, o que se reflete na aprovação da primeira lei de Reforma Psiquiátrica do Brasil - Lei Estadual Número 9716, de 07 de agosto de 1992, seguindo as mesmas diretrizes do Ante-Projeto apresentado à Câmara Federal no ano de 1989 (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

O fechamento progressivo de leitos em hospitais psiquiátricos, decorrentes da nova política para este setor, criou impasses entre familiares, especialistas e governo sobre os novos caminhos do tratamento dos distúrbios mentais. Familiares alegam dificuldade frente às novas demandas, quais sejam, a de prestar cuidados na família ao portador de transtorno mental (DUARTE, 2005).

Em Porto Alegre, existiam em março de 2005, cerca de 250 pacientes à espera de uma vaga no sistema público, sendo que a capital do Rio Grande do Sul gastou, em 2004, R\$ 1,8 milhão de reais comprando leitos em clínicas privadas para atender esta demanda, formada principalmente por pacientes com dependência química (DUARTE, 2005).

Em vista desta falta de leitos, o Rio Grande do Sul vive um novo capítulo da

polêmica da reforma psiquiátrica, pois está tramitando na Assembléia Legislativa um Projeto de Lei propondo a reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos, além da implantação de novas unidades especializadas. O Conselho Regional de Medicina se manifestou favorável à reforma, mas argumenta que os governos fizeram um desmonte dos manicômios sem investir na rede ambulatorial e em leitos em hospitais gerais (DUARTE, 2005).

O movimento que luta pela revisão da Reforma Psiquiátrica chamada de Movimento Pela Atenção Integral à Saúde Mental (MAIS), reúne entidades de portadores de transtornos psiquiátricos e familiares, profissionais de instituições psiquiátricas e unidades de hospitais da Capital, profissionais de diversos segmentos da saúde - médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, organismos do setor público e da sociedade organizada. O MAIS luta pela melhoria da estrutura de atendimento do doente mental e está propondo a revisão da Lei da Reforma Psiquiátrica. Uma das metas é reformular a lei, que hoje proíbe a abertura de leitos em hospitais e clínicas psiquiátricas. O movimento luta pela criação de vagas em instituições especializadas, pois o setor vive a precariedade da rede de serviços, com redução de quase 50% nos leitos em 10 anos e carência de serviços ambulatoriais (SIMERS, 2005).

## **2.2 Lançando um olhar sobre a Enfermagem Psiquiátrica**

Com o surgimento dos manicômios surgiram, também, “cuidadores” de doentes mentais. Estes prestadores de cuidados eram selecionados entre ex-presidiários, que usavam como ferramenta o chicote e como ajudantes os cães. É fácil supor que efeitos poderiam advir deste tipo de práticas para com os doentes que, hostilizados pelo chicote dos seus cuidadores, reagiam em alguns casos com depressão, com terror e com terrível excitação (ESPINOSA, 2000).

Em 1873, surge nos EUA a primeira enfermeira psiquiátrica Linda Richards, que se formou pelo programa de enfermagem do “New England for Women and

Children”, em Boston. Ela foi fundamental no estabelecimento de diversos hospitais psiquiátricos durante sua carreira, assim como da primeira escola de enfermagem psiquiátrica nos EUA, em 1882 (TOWNSEND, 2002).

A enfermagem como profissão começou a emergir no final do século XIX e século XX, evoluindo para uma especialidade com papéis e funções próprias. Sendo que a primeira escola para preparar enfermeiros, para o cuidado aos PTM surgiu em 1882, em Massachusetts, onde eram abordadas poucas habilidades e os cuidados eram na sua maioria, de custódia. O desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica deu-se com o surgimento de várias terapias somáticas, que exigiam habilidades médico-cirúrgicas das enfermeiras (STUART, LARAIA, 2001).

No período que se seguiu à II Guerra Mundial, o papel da enfermagem mudou significativamente, aproximou-se do paciente, do médico e de outros profissionais que passaram a compor a equipe. Neste relacionamento terapêutico com o paciente, a enfermagem fazia registros nos prontuários e participava de reuniões com pacientes e equipe, mostrando-se mais participante, mais valorizada (ROCHA, BARTMANN, KRITZ, 1996).

Ainda, segundo os mesmos autores, no período após a II Guerra Mundial o conteúdo da enfermagem psiquiátrica passa a integrar os currículos das escolas de graduação em enfermagem, com obrigatoriedade.

No período que se seguiu à II Guerra Mundial surgiram as comunidades terapêuticas, que acreditavam na importância do relacionamento entre os membros de equipe terapêutica e os pacientes. Nesta estrutura, o papel da enfermagem mudou significativamente passando à aproximação do paciente, médico bem como dos profissionais que faziam parte da equipe (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais entre outros). A partir destes relacionamentos a enfermagem tornou-se mais participante, mais valorizada e, conseqüentemente, mais exposta. (STUART, LARAIA, 2001).

No Brasil, a primeira escola de enfermagem surgiu em 1890, ligada ao Hospital Nacional de Alienados, inspirada no modelo francês. Tinha como objetivo preparar o pessoal para o trabalho de cuidar dos alienados, num espaço medicamente concebido e, portanto, necessitando de mão-de-obra também médico-cientificamente orientada

(OLIVEIRA, ALLESI, 2003).

Conforme Teixeira et al. (1997), por volta de 1952 a assistência de enfermagem sofre uma grande transformação. O enfoque que então era voltada aos cuidados físicos, vigilância e à contenção, passa a se centrar nas relações interpessoais. Inicia-se uma nova era onde a criação e manutenção de um ambiente terapêutico nas instituições, humaniza a assistência do PTM e presta um cuidado de enfermagem globalizado, tanto a nível hospitalar quanto extra-hospitalar.

Nos dias atuais as equipes assistenciais são compostas por profissionais de ambos os sexos, qualificados acadêmica e profissionalmente, não sendo mais selecionados pela sua força física para a contenção dos pacientes psiquiátricos, eles desempenham suas funções prestando cuidados globais aos portadores junto a uma equipe profissional (ESPINOSA, 2000).

Nesse sentido, Arantes, Stefanelli e Matsuo (1979), consideram como marco definitivo na enfermagem psiquiátrica o relacionamento terapêutico enfermagem - PTM, colocando como primeiro passo a observação do comportamento do portador para que se consiga desenvolver um relacionamento interpessoal, sendo este gratificante para ambos.

Embora saibamos que o PTM e o enfermeiro desempenham papéis diferentes (um procura ajuda e o outro oferece ajuda), seus objetivos são comuns uma vez que ambos procuram compreender e solucionar problemas através da comunicação, respeito e amizade, sendo que após haver tido esta interação enfermeiro-portador, a mesma irá provocar novas interações e sentimentos (MOSCOVICI, 1985).

Vimos que a enfermagem conhecendo o portador poderá identificar suas necessidades, e desenvolver um papel de ajuda, tornando o relacionamento harmonioso e de grande valia para ambos.

Dessa forma, Townsend (2002) salienta que a enfermagem possui vários papéis, entre eles a ênfase da enfermagem psiquiátrica encontra-se na forma de psicoterapeuta, isto é, a enfermeira juntamente com sua equipe utiliza técnicas interpessoais para ajudar os pacientes a aprenderem a se adaptarem às dificuldades encontradas durante a vida. O autor comenta que a equipe de enfermagem precisa ter algumas características importantes, para desenvolver uma relação terapêutica com o PTM, entre elas

confiança, respeito e empatia.

No que se refere à atuação da enfermagem como cuidadora da família nos diferentes momentos da vida humana, nas diferentes instituições, mostra-nos que a enfermagem se faz presente através das ações do cuidado e que para melhor atendê-los é necessário compreender os significados das interações dos seus membros, como eles vivem e convivem (ALTHOFF et al., 2004).

Estudos relatam que os profissionais de saúde que atuam junto à saúde mental, precisam reconhecer seu papel político, sua função educativa, e exercitar a análise crítica da realidade, para que consigam promover o reencontro do homem consigo mesmo e, conseqüentemente, provocar mudanças buscando soluções de libertação das classes dominantes através de uma prática educativa. (FILHA, SILVA, LAZART, 2003).

### **2.3 Conhecendo a família do portador de transtorno mental**

Estudos citados por Waidman (1999) apontam que a família é fundamental na manutenção do portador fora da instituição psiquiátrica, reforçando a idéia da necessidade dela ser preparada e apoiada pelos profissionais de saúde mental, com vistas ao seu convívio com o portador de transtorno mental.

Segundo Lappann e Labate (2004), o novo paradigma da assistência em saúde mental inclui o cuidado à família e, além desta, o grupo social circundante. Esta perspectiva indica a família e o entorno social na qual está inserida também como foco do cuidado, não por considerá-los portadores de algum transtorno, mas pela compreensão de que neste novo paradigma, o aspecto cultural desempenha papel crucial.

Portanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir uma nova ética no estabelecimento de relações indivíduo-sociedade, onde está inserida a relação saúde-doença possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre cidadãos.

Para Rotelli (1990, p. 26), “o paradigma racionalista problema-solução, como guia das ações da psiquiatria mostrou-se insuficiente para responder às questões postas à psiquiatria, na medida em que esta se propõe a resolvê-las dentro deste paradigma”. O problema era a doença e a solução era a cura do PTM.

Descartada a solução-cura, o cuidar passou a significar ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do PTM e que, ao mesmo tempo, transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. Uma nova forma de se relacionar com o portador, alicerçado na possibilidade de se estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação baseada num contrato entre portador, terapeuta e sociedade, o que gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas também políticas, sociais e culturais.

Costa (1996, p. 27-36), descreve três tipos de ética que existem na assistência psiquiátrica. Uma das que julgamos estar relacionada e que pode ajudar a explicitar o anteriormente exposto, é o que o autor designa como sendo a ética da ação social, em contraposição à ética da interlocução e à ética da tutela.

A ética da ação social, sujeito e agente definem-se, sobretudo não como um ou outro sendo despossuído de razão ou vontade, mas como os dois tentando refazer a ordem geral ou a vontade geral. Sujeito e agente da assistência definem-se cose mo pares, normalmente como cidadãos, e há, sobretudo a vontade de renovar o instituído, de abrir espaços para a ação e integração outras que não as previstas pelo status quo. Idealmente eles são definidos como iguais. A ênfase no estatuto de cidadão é prioritária. O ideal da assistência, neste caso, quase que faz equivaler virtudes políticas às virtudes terapêuticas.

A enfermagem, como profissão fundamentada no objetivo de promover o cuidado, tem na família um excelente espaço de atuação, constituindo-se num desafio tanto para os enfermeiros, como para todos que se propõem a atuar no campo da saúde e, no caso, da saúde mental.

Nos séculos XVI e XVII, não haviam instituições para PTM na América do Norte, e assim o cuidado era de responsabilidade das famílias, sendo que os indivíduos sem família eram de responsabilidade da comunidade em que viviam, sendo

encarcerados em locais que não poderiam causar danos a si e às outras pessoas (TOWSEND, 2002).

Nas relações entre a família e o PTM, a psiquiatria moralizante insistia na necessidade de separar o portador do ambiente familiar, impondo barreiras que reduzissem ao mínimo o contato com seu grupo parental. O isolamento foi e continua sendo prática freqüente em muitos hospitais psiquiátricos, em todo o mundo (MELMAN, 2002).

Segundo Amarante (1995), no Brasil, os primeiros movimentos de usuários e familiares surgem após as vindas de Basaglia e da mobilização promovida em torno de suas conferências, sendo noticiada a criação de associações de familiares em Barbacena, a partir de uma visita de Basaglia aos manicômios da cidade. Outra associação importante foi criada no Rio de Janeiro em 1979, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA), a qual tem o intuito de apoiar famílias e estimular a integração social de pessoas com transtornos mentais, foi criada como alternativa dos familiares encontrarem formas para lidarem e participarem do tratamento de seus portadores.

Para Manzolli (1996), a família serve de válvula de segurança das revoltas e conflitos sociais e mantendo-se o equilíbrio da célula familiar ela servirá de contestação às revoltas do PTM e servirá também, de suporte para suas frustrações, angústias e conflitos não resolvidos no mundo exterior ao lar. Para o autor a família deve ser a principal fonte de apoio, quando estes portadores receberem alta hospitalar, pois é nesta hora que as pessoas estão mais vulneráveis, devido ao aumento do estresse da experiência da doença.

Abordar as famílias na tentativa de apoiá-las e fortalecê-las em seu dia-dia, através de políticas de atendimento é o grande desafio, na medida em que são constituídas por partes que se relacionam entre si, sendo que uma não pode prescindir da outra (KALOUSTIAN, 2002).

As estratégias terapêuticas empregadas pelos novos serviços em saúde mental incluem, dentre outras, promover a permanência do portador na esfera de sua família e campo social, atenção integral às necessidades individuais, respeito às diferenças individuais, práticas reabilitativas e reinserção social (HIRDES, KANTORSKI, 2002).

Atualmente é consenso que quando a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo.

Portanto, cabe-nos crer cada vez mais na possibilidade de se construir um olhar diferenciado, frente às relações dos portadores de transtorno mental-sociedade, onde se insere a relação saúde-doença, possibilitando que as relações terapêuticas sejam estabelecidas entre as pessoas que vivem e convivem entre si, tornando-se sujeitos merecedores de respeito e tratamento digno. Como afirma Kinoshita (2001, p.184), “a reinserção social implica numa ética de solidariedade, que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade”.

### **3 SUPORTE TEÓRICO**

Conceitos são significados atribuídos à representação das estruturas fundamentais que compõem a teoria. São expressões das representações de idéias e de linguagem que refletem a visão de mundo da realidade. Conceitos conforme (MINAYO, 1999) são construções de sentido, que servem para ordenar os objetos e os processos e fixar melhor o recorte do que deve ou não ser examinado e construído.

No presente estudo utilizaremos como suporte teórico os conceitos a seguir informados.

#### **3.1 Enfermagem**

Para Pires (1998) é uma prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução.

#### **3.2 Enfermagem Psiquiátrica**

Travelbee (1979, p. 4), define enfermagem psiquiátrica como:

... um processo interpessoal, mediante o qual a enfermeira ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se necessário, contribui para descobrir um sentido para essas experiências.

Stuart e Laraia (2001, p. 43) definem a enfermagem psiquiátrica como “um processo interpessoal que promove e mantém um comportamento do portador (indivíduo, família ou comunidade), contribuindo para o seu funcionamento integrado”, e que para os enfermeiros enfrentarem os desafios será necessário concentrar suas energias em três áreas: avaliação dos resultados dos serviços prestados, habilidades de liderança e atuação política.

Sendo a enfermagem uma prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Na atualidade, o foco da assistência centra-se na produção de vida, com o objetivo de atingir uma vida, a melhor possível e não somente cura. Desta forma, a assistência de enfermagem psiquiátrica alarga seu campo de ação e assume como objeto a saúde mental.

### **3.3 Enfermagem em saúde mental**

No presente estudo utilizaremos como conceito de enfermagem em saúde mental a práxis que, tem por horizonte a desconstrução/reconstrução de saberes e práticas com o objetivo de promover a saúde mental, significando esta um *socius* o mais saudável possível em determinadas circunstâncias.

### **3.4 Ser humano**

De acordo com Freire (1980), é um ser no mundo e com o mundo, é um ser incompleto, é um ser da práxis, mas ainda é práxis, ele é um ser de busca permanente, é histórico, logo está submerso em condições espaço-temporais, isto é, o homem estando nessa situação, enquanto mais refletir de maneira crítica sobre sua existência, mais poderá influenciar-se e será mais livre.

### 3.5 Saúde mental

Nas palavras de Costa (1996), saúde mental é discutida, refletida e conceituada assim:

1) A saúde mental é definida em termos adaptativos, como a capacidade do portador de transtorno mental integrar-se num grupo;

2) Adaptar-se num pequeno grupo representa a possibilidade do portador de submeter-se, nem que seja aparentemente, às suas regras, formulada por seus líderes formais, que se traduzem na sua linguagem e na realização de suas tarefas práticas;

3) A saúde mental representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades, é uma potencialidade que tem que ser redescoberta para combater e sobrepôr-se ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social;

4) A saúde mental é uma essência que está mais além das aparências, nas profundezas das pessoas, representando a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código.

O acima exposto evidencia a dificuldade que tal tarefa implica. No presente estudo nos guiaremos pelo conceito abaixo, por entendermos que o mesmo dá o suporte teórico necessário ao estudo em foco.

Objeto-modelo construído por meio de práticas trans-setoriais, a saúde mental significa um *socius* saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida (NAOMAR et al., 1999).

### 3.6 Participação

O Homem como ser social forçosamente é um ser político sendo a participação o aspecto preponderante. Como nos informa Bobbio, Matteucci e Pasquino (2000, p. 888):

... a participação é um elemento constitutivo do ideário democrático que supõe que os indivíduos estejam atentos à evolução do bem público, informado dos

acontecimentos políticos, capazes de apresentar sugestões e escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas para fazerem frente aos problemas identificados.

Os mesmos autores citam que os conhecimentos que temos sobre participação política decorrem, em grande parte, de estudos realizados em países ocidentais e que nem sempre são transferíveis para contextos diferentes. Dessa forma, contextos carentes de infra-estrutura política e caracterizados por altos índices de analfabetismo, os modelos para estudo de participação política nem sempre são adequados.

A participação autêntica, mesmo aquela realizada em instâncias estritamente políticas, constitui uma fração menor do universo de possíveis participantes. Isto não muda quando esta participação se dá em outros foros não explicitamente políticos, mas que exercem alguma influência política, como por exemplo, as associações de bairro, sindicatos, associações de usuários de um determinado serviço.

As associações voluntárias realizam o importante papel de conectar a sociedade como um todo, os diferentes agrupamentos com suas demandas específicas. Um fator determinante da participação é a cultura, isto é, as formas dominantes reconhecidas ou reforçadas e que assumem em contextos distintos, podendo estimular uma participação mais ou menos ampla. Aspectos como características individuais, psicológicas e sociológicas também assumem papel importante na forma e consistência da participação.

Demo (2002), diz que participação é o processo histórico da conquista das condições de autodeterminação, e que ela não pode ser dada, outorgada, imposta. Também nunca é suficiente, nem prévia. Participação existe sempre, enquanto for conquistada, porque esta é um processo e não um produto acabado.

A participação pressupõe o diálogo, considera-o como elemento básico para que se alcance algum grau de participação em alguma direção desejada. Falar sobre participação pressupõe, pelo menos, considerar a existência do conceito de qualidade política, entendida por Pedro Demo como sendo: a arte da comunidade de autogerir-se, a criatividade cultural que demonstra em sua história e espera para o futuro, a

capacidade de inventar seu espaço próprio forjando sua autodefinição, sua autodeterminação, sua autopromoção, dentro dos condicionamentos objetivos (DEMO, 2002).

Para Bordenave (1985), a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência nata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo. A sua prática envolve a satisfação de outras necessidades, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar coisas e, ainda, a valorização de si mesmos pelos outros.

Neste estudo adotaremos o conceito proposto por Bordenave (1985), que diz que a participação é inerente à natureza social do homem. Tudo indica que o homem só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos, sendo ela não somente um instrumento para a solução de problemas, mas, sobretudo, uma necessidade fundamental do ser humano. Esta participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação, prepara-a para adquirir mais poder na sociedade, e por meio da participação consegue-se resolver problemas que ao indivíduo parecem insolúveis se contar só com suas próprias forças.

### **3.7 Família**

A instituição família, desde fins do século passado, tem constituído-se em objeto de estudos e intervenções das diversas áreas do saber, não raro ocupando lugar de destaque como parceira de ações como o é no campo da assistência em saúde mental.

Ao longo dos tempos a família tem assumido conformações o que implica afirmar que a mesma não é algo dado, natural, possuindo cada uma dinâmica e forma própria onde se entrecruzam componentes de gênero, poder, forma de interação, valores, crenças, dentre outros.

A tentativa de conceituá-la é tarefa arriscada passível de simplificações e abstrações que não correspondem a uma existência real. Família é um tema sobre o

qual todos nós temos algo a dizer.

O tema Família toca em assuntos particularmente próximos à experiência de cada um, e por isso são assuntos cheios de significados afetivos além dos cognitivos. “Cada um de nós tem sua própria representação de Família – da família ideal e da real, da nossa e da dos outros – representação esta ligada a juízos, opiniões, afetos e emoções, expectativas satisfeitas ou não respondidas” (ALVES, BIAZOLI, 1999, p. 229).

Dessa forma, família mostra-se como algo dinâmico, multifacetado, representando a forma de organização que um grupo de seres humanos adotam para garantir a sua sobrevivência e reprodução, reinterpretando e produzindo conhecimentos, construindo uma história singular.

A família como *lócus* privado rígido passa a ser também um espaço público, pela vivência de práticas e valores comuns ao conjunto de uma comunidade.

As transformações sociais das últimas décadas, tendo a Segunda Guerra Mundial como marco de referência, identifica-se com uma série de mudanças, como por exemplo, o declínio da natalidade, redução no número de casamentos e aumento de divórcios resultando no surgimento de novas organizações familiares, como as famílias monoparentais, famílias reconstituídas e famílias unipessoais (MIOTO, 1999).

As mudanças do perfil demográfico aliado à liberalização no âmbito dos costumes, a posição da mulher na sociedade, e as relacionadas à sexualidade, as transformações econômicas com a palperização de parcelas significativas da sociedade contribuíram ou mesmo determinaram o ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho, e não somente estas, mas também as crianças, fato amplamente constatado na realidade brasileira. Tais fatos concorrem para que a organização familiar assuma características muito particulares, se considerarmos o impacto dessas transformações nos diferentes extratos sociais.

STAMM (2005, p. 42) afirma que:

No Brasil, a família era organizada em torno do senhor [...] cujos interesses maiores estavam mais diretamente vinculados à sobrevivência e ao fortalecimento do grupo e da propriedade, após uma lenta e insidiosa construção de um novo sentimento de família, os pais passaram a desejar estar cada vez mais próximos dos filhos, o que lhes permitia fortalecer os laços de afetividade passando a ocupar o lugar central na realidade familiar.

Na atualidade, considerando o significado do ingresso maciço das mulheres e crianças no mercado de trabalho, que certamente não se deve, no caso das primeiras, decorrentes da nova posição na sociedade, entendemos ser razoável afirmar que tal conduta está intimamente ligada à garantia da sobrevivência do grupo familiar o que, também, dificulta a possibilidade dos pais estarem mais próximos dos filhos.

Com a crise fiscal e a conseqüente reforma do Estado pelo ideário neoliberal, que advoga o estado mínimo com as funções no campo social antes assumidas pelo Estado, são deslocadas para a família que ganha relevo antes nunca obtido. As famílias já sobrecarregadas pela crise econômica, agora são também a ela creditados os cuidados de seus membros antes realizados pelo Estado. As famílias de portadores de transtornos mentais, com o processo da Reforma Psiquiátrica, passam a receber uma demanda antes atendida pelo Estado, qual seja a de ofertar os cuidados necessários a este membro, sobrecarregando-a ainda mais e, ao mesmo tempo, elas também necessitam de maior assistência por não se encontrarem habilitadas para tal tarefa, que por si só, é bastante complexa (ROSA, 2003).

No presente estudo utilizaremos o conceito de família proposto por Elsen, Marcon e Santos (2002, p. 6) e utilizado pelo Grupo de Pesquisa sobre Família (GAPEFAM), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por entendermos que o mesmo oferece o suporte necessário para os objetivos pretendidos.

Para a autora, família é concebida como:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos de adoção, interesses e ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas e famílias, escola, posto de saúde e outras instituições em diversos níveis de aproximação. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros e da própria comunidade.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

Para Gil (1999) método é considerado um meio para se atingir um fim, e para que o conhecimento se torne científico é necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, sendo assim devemos explicitar, quais os passos que foram utilizados para chegar à obtenção do conhecimento desejado.

Conforme cita Alves (1994, p. 45), “conhecer é reduzir o desconhecido ao conhecido”, sendo assim o que se pretende através deste estudo é conhecer a participação da família para que possamos apontar caminhos que possam ser conhecidos e que venham a gerar novos conhecimentos, promover novas possibilidades nas ações desempenhadas pela equipe multidisciplinar que atua junto ao CAPS, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida dos familiares e do portador de transtorno mental.

### **4.1 Caracterização do Estudo**

Trata-se de estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. Para Minayo (2004, p. 22),

... o estudo qualitativo responde a questões muito particulares. Ele se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ele trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos às operacionalizações de variáveis.

Os objetivos estabelecidos levaram-nos a escolher o Estudo de Caso, modalidade que, para Lüdke e André (1986), propicia retratar uma realidade de forma ampla e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes numa

determinada situação e contextualizar o objeto para melhor compreender sua manifestação.

Captar a perspectiva dos participantes da pesquisa possibilita a compreensão e o exercício das questões que estão sendo focalizadas. Questões que não são passíveis de revelar somente através de números, pois necessitam da busca do significado da ação humana, com isso o estudo adquire um caráter qualitativo. Segundo Trivinos (1995, p. 133), “o Estudo de Caso, dentre os tipos de pesquisa qualitativa talvez seja um dos mais relevantes”.

Ao analisar uma unidade, uma instância singular, o Estudo de Caso coloca alguma limitação, como a apontada por Trivinos (1995), qual seja, a da generalização dos resultados obtidos. Mas ao estudar um caso específico, a possibilidade de generalizações passa a ser menos relevante. Entretanto, desejando, pode-se enriquecer o estudo com um enfoque comparativo: Estudo Comparativo de Casos.

## **4.2 Local do Estudo**

O presente estudo foi desenvolvido em um CAPS I, de um município do interior do Rio Grande do Sul.

O CAPS funciona em uma casa de dois pisos, localizada no centro da cidade. Atende em média 1200 pessoas mensalmente, com algum tipo de transtorno mental.

A casa tem um pátio pequeno, onde os usuários do serviço realizam algumas atividades e, para outras atividades os mesmos são levados para lugares, tais como praças, salões comunitários, campo de futebol, etc. Este CAPS está vinculado à Secretária Municipal de Saúde.

O primeiro serviço de saúde mental do município onde se realizou o referido estudo teve seu início em 1996, pela iniciativa de uma assistente social, que hoje coordena o CAPS. Neste período já se fazia necessário a existência de serviços alternativos tendo em vista a lei da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Este primeiro serviço de atenção à saúde mental, acontecia em uma sala do posto de saúde central, onde haviam encontros semanais com os familiares de

portadores de transtorno mental e eram realizados grupos, cujo enfoque principal era a orientação para o manejo do portador de transtorno mental.

Com o aumento da demanda na área de saúde mental, o município instalou um Ambulatório de Saúde Mental, afastado do centro da cidade, ou seja, procurando mantê-los escondidos, assim como a sociedade por muitos anos desejou que a loucura ficasse. Após 6 anos, ou seja, no ano de 2002, o referido ambulatório tornou-se um CAPS.

Segundo informa a coordenadora do CAPS, este é um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais, especialmente, aqueles com transtornos severos e persistentes. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares, com construção de projetos de inserção social para minimizar o estigma e promover a cidadania, qualidade de vida e inclusão social.

A missão do CAPS é promover a desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico e a humanização da assistência prestada. Tendo como finalidade, de acordo com a legislação atual, o atendimento público em saúde mental, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção diária, estando capacitado para o acompanhamento de pacientes, de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Caracteriza-se como intensiva até 24 atendimentos mensais, semi-intensiva até 12 atendimentos mensais e não-intensiva até três atendimentos mensais.

O CAPS atende uma demanda específica, ou seja, pacientes com transtornos mentais, principalmente os mais severos e persistentes (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar entre outros.). Seus atendimentos consistem em:

- Individuais (consulta psiquiátrica, atendimento psicológico, social, de enfermagem e entrevistas);
- Grupais (grupo de portadores de sofrimento psíquico, de mulheres depressivas, de homens com transtornos psicóticos, de familiares de portadores de sofrimento psíquico, oficinas terapêuticas e ainda os grupos de dependentes químicos e familiares).

Para a realização de todos estes atendimentos e cumprimento das normas do Ministério da Saúde, a equipe precisou ser ampliada. Além dos profissionais que já

atuavam no CAPS (um médico psiquiatra, uma assistente social, uma psicóloga, uma estagiária de psicologia, um consultor de dependência química e uma servente), fez-se necessário a contratação de um médico clínico geral, um enfermeiro, mais uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma secretária, uma estagiária de serviço social, uma oficineira, uma técnica de enfermagem e mais uma servente.

### **4.3 Sujeitos do estudo**

O estudo foi realizado com 12 (doze) sujeitos os quais tinham um de seus familiares, portador de transtornos mentais, sendo acompanhados pelos profissionais do CAPS.

O primeiro contato com os sujeitos ocorreu através dos grupos de convivência, durante a atividade realizada em uma prática assistencial desenvolvida junto a familiares, que não estavam participando dos projetos terapêuticos do CAPS (Apêndice A).

A seleção dos sujeitos obedeceu aos seguintes critérios:

- Terem o seu familiar PTM inserido em uma das modalidades de atendimento: regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo;
- Estarem participando ou não dos projetos terapêuticos dos portadores de transtornos mentais implementados pelo CAPS;
- Serem responsáveis pelo PTM;
- Estarem em condições psíquicas para responder a entrevista;
- Aceitarem participar da pesquisa.

Obedecidos estes critérios, os sujeitos ficaram assim distribuídos: 06 (seis) familiares que participavam nos projetos terapêuticos dos portadores de transtorno mental, implementados pelo CAPS, sendo dois familiares para cada modalidade de atendimento; 06 (seis) familiares que não participavam nos projetos terapêuticos dos portadores de transtorno mental, implementados pelo CAPS, ficando dois destes para cada modalidade de atendimento totalizando 12 (doze) familiares.

De acordo com a Portaria GM 336/02, cada usuário do CAPS deve ter um

projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite as suas particularidades, que personalize o atendimento na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Dessa maneira o atendimento intensivo é o acompanhamento diário, o semi-intensivo é o atendimento de até 12 dias por mês, e o não intensivo é quando o portador de transtorno mental comparece até três dias no mês (BRASIL, 2002).

O contato com os familiares foi realizado de três maneiras distintas, a partir dos registros do CAPS: por telefone quando este era possível, visita domiciliar ou no atendimento prestado pelo CAPS durante a participação destes nas atividades, quando foi aplicado o instrumento para coleta de dados a respeito do PTM e sua família (Apêndice D).

#### **4.4 Coleta de dados**

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes meios: entrevistas semi-estruturadas (Apêndice E) e grupo de convivência. A coleta se realizou em um CAPS I de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, quando da prática assistencial, atividade desenvolvida na disciplina Projetos Assistenciais em Enfermagem do Curso de Mestrado-PEN/UFSC, sendo facultada sua utilização, em parte ou no todo na construção da dissertação de mestrado (Apêndice A).

Os dados foram coletados através de quatro grupos de convivência, realizado em junho de 2005, e, as entrevistas foram aplicadas em junho de 2006.

O Grupo de Convivência constituído com a finalidade de compartilhar saberes e experiências na construção de um viver mais saudável. Tem como objetivo formar uma rede de suporte social; buscar autonomia de seus integrantes; ampliar a criatividade; desestigmatizar a imagem no grupo; oportunizar a livre expressão dos participantes sobre suas emoções e seus conhecimentos e estabelecer articulações com outros grupos e instituições (SILVA et al., 2003).

Os mesmos autores referem que o grupo de convivência caracteriza-se por realizar encontros periódicos programados, ser composto, em geral, por cinco a quinze

membros e ter um facilitador previamente definido. Normalmente com o tempo de duração dos encontros é estabelecido pelo grupo, de acordo com as necessidades, uma vez que é preciso uma estrutura organizacional e física geralmente vinculada a uma instituição.

A entrevista semi-estruturada geralmente parte de certos questionamentos básicos, de perguntas fundamentais derivadas da teoria que é adotada para a pesquisa e de informações que o pesquisador possui sobre o fenômeno de seu interesse. Esta modalidade de coleta de dados se desenvolve em processo de retroalimentação, possibilitando que pontos obscuros, conflitantes ou divergentes possam ser novamente abordados (TRIVINOS, 1995, p. 146).

Para Polit e Hungler (1995, p. 183),

... a entrevista brinda ao pesquisador mais liberdade na tarefa de busca dos dados. Além disso, poderá ser reaplicada com o objetivo de obter o máximo de informação bem como avaliar as variações das respostas em diferentes situações. Não devemos esquecer que a entrevista caracteriza-se por ser um encontro, uma interação entre dois parceiros, com um significado subjetivo próprio para cada momento. Portanto, reaplicar a entrevista tem o sentido de voltar ao tema tratado anteriormente, sem pretender repetir a situação.

A entrevista, neste tipo de estudo, apresenta-se como uma ferramenta que possibilita a obtenção de dados mais profundos da realidade, aqueles que só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos, como os valores, opiniões, maneiras de sentir, dentre outros.

Com o consentimento dos entrevistados e garantido o anonimato, as entrevistas foram gravadas “liberando” o entrevistador para, se desejar, fazer anotações gerais sobre as atitudes do entrevistado, podendo com isso obter maiores esclarecimentos sobre o que ele busca.

Segundo Minayo (1999), o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora, e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos

determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Posteriormente as entrevistas foram transcritas.

#### **4.5 Análise de dados**

Os dados obtidos neste estudo foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo de Bardin (2000), o qual utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para a análise de comunicação, buscando descrever os conteúdos das mensagens contidas nas categorias pré-estabelecidas ou em outras que puderem emergir no transcorrer da pesquisa. Constituindo-se em bem mais que uma simples técnica de análise de dados, porque buscou explicitar somente as características e opiniões dos entrevistados.

Segundo Bardin (2000), a análise de dados compreende três fases:

A primeira fase, pré-análise, corresponde a sistematizar as idéias iniciais tendo em vista a análise.

Na segunda fase, explora-se, o material para a identificação das unidades de significados, sua codificação e enumeração conforme critérios pré-estabelecidos.

No terceiro momento é que vamos tratar os dados coletados, bem como proceder a sua interpretação, ilustrando os resultados através de quadros, figuras e gráficos, propiciando a partir dos mesmos as interpretações relevantes acerca do assunto em pauta.

Neste estudo emergiram quatro categorias: A família buscando ajuda; a família revelando suas dificuldades na participação e não participação nos projetos terapêuticos; a família apontando os benefícios de sua participação e a influência do gênero na participação e não participação da família nos projetos terapêuticos.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética da Universidade de Santa Catarina e posteriormente a Secretaria Municipal de Saúde, para a obtenção da

autorização para a realização do mesmo (Apêndice B). De posse da autorização foi realizado contato com a coordenadora do CAPS.

No primeiro contato os sujeitos foram informados sobre a nossa pretensão, lido e explicado detalhadamente o projeto e a forma de participação dos mesmos, realizando o mesmo procedimento com relação ao Termo de Consentimento Esclarecido e Informado (Apêndice C), seguindo o apregoado pela Resolução 196/96 que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

A Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, ressalta a importância de uma atenção maior ao documento de consentimento livre e esclarecido, para as pessoas que tenham qualquer restrição à liberdade ou esclarecimento necessário para o adequado consentimento, entre elas, pessoas que estejam em situação de substancial diminuição de suas capacidades de consentimento. Foi assegurado a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como a liberdade em participar ou recusar do estudo, sem haver prejuízo algum para os envolvidos.

Esta Resolução incorpora, sob ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da Bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

Para preservar as identidades dos sujeitos da pesquisa foram adotados pseudônimos, ou seja, na primeira etapa do estudo em que foram realizados grupos de convivência usamos as cores do arco-íris, sendo que a cor foi escolhida pelo próprio participante, na segunda etapa, ou seja, onde foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas usamos os nomes de constelações em latim.

## 5 ANALISANDO E DISCUTINDO OS DADOS

As considerações aqui apresentadas iniciam pela apresentação do perfil dos sujeitos do presente estudo, segundo algumas características que julgamos necessárias por oferecerem informações sobre os mesmos, que possam auxiliar na análise do estudo. As informações foram coletadas através de entrevistas semi-estruturadas e grupo de convivência (Apêndice A). Utilizamos a análise de conteúdo (Bardin, 2000), onde os dados coletados foram agrupados, por meio da leitura e interpretação das falas dos entrevistados.

A seguir apresentamos, na forma tabela algumas variáveis que importam para o conhecimento do perfil dos PTM, cuidador familiar e a unidade familiar.

**Tabela 1:** Caracterização dos cuidadores dos PTM segundo gênero, faixa etária, escolaridade, ocupação, posição na unidade familiar e situação conjugal

CARACTERIZAÇÃO	QUANTIFICAÇÃO	PERCENTUAL
<b>GÊNERO</b>		
Masculino	03	25,0%
Feminino	09	75,0%
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>		
21 a 30	00	00,0%
31 a 40	03	25,0%
41 a 50	03	25,0%
+ 50	06	50,0%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem escolaridade	01	8,0%
Ensino Fundamental Incompleto	06	50,0%
Ensino Fundamental Completo	04	34,0%
Ensino Médio Incompleto	01	8,0%
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Aposentado	05	42,0%
Serviços Gerais	03	25,0%
Do lar	02	17,0%
Padeiro	01	8,0%
Pedreiro	01	8,0%
<b>POSIÇÃO NA UNIDADE FAMILIAR</b>		
Pai	0	0%
Mãe	06	50%
Irmão	0	0%

<i>Irmã</i>	02	17%
<i>Esposo</i>	02	17%
<i>Esposa</i>	01	8%
<i>Filho</i>	01	8%
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL/CUIDADORES</b>		
Sem companheiro (a)	02	16,0%
Com companheiro (a)	05	42,0%
Viuvez	05	42,0%

Fonte: própria pesquisadora

Quanto ao gênero a Tabela 1 informa a predominância, com 75% do feminino como cuidador. O cuidado geralmente associado ao sexo é uma representação fortemente enraizada no imaginário social, geralmente estando associado ao significado de que ser cuidadora se compara á figura da mãe.

O significado de cuidar com o providenciar de condições de sobrevivência física, ressaltando o lado prático do cuidado no que se refere à alimentação, vestuário e à medicação vêm associados às características relacionadas aos aspectos da maternagem, que se constitui num mito, coloca a mulher respaldada em atos de renúncia e sacrifício da individualidade em prol do grupo familiar (GÓES, CARMO, 2004).

No universo estudado, observando as posições dos cuidadores nas unidades familiares, vêm reforçar a assertiva acima, uma vez que 6 cuidadores ocupam a posição de mãe, aliada às figuras femininas de irmã e esposa

Constata-se que há baixa escolaridade nos cuidadores entrevistados.

No que diz respeito à profissão, cinco são aposentados, três trabalham com serviços gerais, duas são donas de casa, uma trabalha em uma padaria e um é pedreiro. Observa-se que os aposentados são em maior número e devido a esse fato, estes por possuírem mais disponibilidade de tempo, a família lhes confere a tarefa de participar e acompanhar o cotidiano do PTM.

O perfil apresentado evidencia que os sujeitos deste estudo pertencem à camada despossuídas, com pouco ou nenhum poder contratual, entendido este como sendo a capacidade de participar dos negócios sociais. Estas características trazem à tona uma realidade que precisa ser fortemente considerada, quando do estabelecimento de políticas que incorporem a família como parceira das ações assistenciais, uma vez que

ao ficar sob seu encargo o cuidado antes realizado por outros atores e instituições, a mesma se depara com uma demanda que vem a se somar àquelas cotidianas que já lhe são penosas.

Estabelecer parceria com a família, não deve de modo algum significar o repasse de ações que o Estado deveria realizar o que representaria simplesmente a desoneração deste último, naquilo que é uma das suas funções básicas. Também não é admissível, que somente o fortalecimento de um suporte técnico-assistencial seja a única contrapartida do Estado (Poder Público), uma vez que a presença do PTM na família exige muito mais que isto, implicando em maior dispêndio financeiro, pois este gera despesas e impede que o cuidador, ao realizar esta tarefa se veja impedido de também ser um gerador de recursos financeiros no ambiente doméstico.

Outro aspecto refere-se à capacidade de compreensão dos cuidadores, na medida em que estes tendo pouca escolaridade apresentam maiores dificuldades no manejo do PTM no dia a dia, acarretando mais uma fonte de desgaste e tensão na unidade familiar.

Com referência à situação conjugal do familiar cuidador, cinco têm companheiros fixos, cinco são viúvas e duas não tem companheiros.

Refletindo com relação aos cuidadores serem na sua grande maioria mulheres, e sem companheiros, a elas recai uma sobrecarga, tanto física quanto emocional, ou seja, além de desenvolverem as atividades domésticas, dispensam ao portador um cuidado mais contínuo, sendo assim colocam a sua vida pessoal e social em segundo plano, podendo gerar-lhes um desconforto emocional, levando ao stress e podendo adoecer.

**Tabela 2:** Caracterização dos Portadores de Transtornos Mentais (PTM) segundo gênero, faixa etária, escolaridade, posição na unidade familiar, diagnóstico, tempo que frequentam o CAPS, tempo de convívio na unidade familiar e situação conjugal

<b>CARACTERIZAÇÃO</b>	<b>QUANTIFICAÇÃO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
<b>GÊNERO</b>		
Masculino	05	42,0%
Feminino	07	58,0%
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>		
10 a 20	01	8,0%
21 a 30	04	34,0%
31 a 40	05	41,0,0%
41 a 50	-	-
Mais de 50	02	17,0%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem escolaridade	-	-
Ensino Fundamental Incompleto	08	67,0%
Ensino Fundamental Completo	03	25,0%
Ensino Médio Incompleto	01	8,0%
<b>POSIÇÃO NA UNIDADE FAMILIAR</b>		
Pai	0	
Mãe	01	8,0%
Filho	04	34,0%
Filha	02	16,0%
Esposo	01	8,0%
Esposa	02	17,0%
Irmã	02	17,0%
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
Depressão	02	17,0%
Transtorno Bipolar	02	17,0%
Esquizofrenia	08	66,0%
<b>TEMPO/FREQÜENTA O CAPS</b>		
Menos de 1 ano	01	8%
1 A 2 anos	04	33%
2 A 3 anos	02	17%
3 A 4 anos	05	42%
<b>TEMPO DE CONVÍVIO NA UNIDADE FAMILIAR</b>		
10 A 20 anos	03	25%
21 A 30 anos	04	33%
31 A 40 anos	04	33%
41 A 50 anos	01	9%
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL/PTM</b>		
Sem companheiro (a)	08	67,0%
Com companheiro (a)	03	25,0%
Viuvez	01	8,0%

Fonte: própria pesquisadora

OBS: O CAPS onde se realizou a pesquisa foi aberto em 2002

A faixa etária dos portadores gira em torno de 20 a 40, e com essa realidade percebe-se que o abalo econômico é um fator que gera muita ansiedade e desarmonia para a família, uma vez que existe dificuldade do portador manter vínculo empregatício ou até ingressar no mercado de trabalho após a manifestação da doença, sendo que a grande maioria das famílias são de baixa renda (0,5 a 1,0 per capita).

Observa-se que a maioria deles são portadores de esquizofrenia, sendo que o início da doença ocorre comumente quando adolescente ou adulto jovem, e que geralmente este diagnóstico gera incapacidade acentuada o que, na maioria das situações, os incapacita para o trabalho produtivo (VENÂNCIO, 2003).

Encontramos ainda na tabela 2, que a maioria dos PTM não tem companheiros fixos. Normalmente eles vivem em isolamento, impedindo que mantenham contatos sociais, e, além disso, devido ao estigma que a doença mental traz, os portadores têm dificuldades para conseguirem trabalhar e estudar. Neste contexto a doença se transforma em um problema para a família dos PTM, que muitas vezes não querem reconhecê-la e alguns até escondem o seu portador em suas casas por vergonha ou desconhecimento da doença (STUART, LARAIA, 2001).

Venâncio (2003) ressalta que a relação da sociedade com o estigmatizado pode ser de super proteção ou de rejeição, mas nunca de indiferença e que, de uma maneira ou de outra, a sociedade estará impedindo o estigmatizado de ter uma vida normal dentro do considerado padrão de normalidade que aquela comunidade adota.

Diante da realidade observada, a situação conjugal dos portadores sem companheiro se deve às dificuldades encontradas pelos mesmos em relacionar-se com outras pessoas, mas com a participação em atividades junto ao CAPS, percebe-se que elas não só mantêm o portador ocupado, mas também proporciona a eles ocuparem outros papéis, começando a relacionar-se com outros portadores e muitos chegam a unir-se conjugalmente.

**Tabela 3:** Caracterização da unidade familiar do Portador de Transtorno Mental, segundo número de componentes, faixa etária, escolaridade, laços, e renda per capita.

CARACTERIZAÇÃO	QUANTIFICAÇÃO	PERCENTUAL
<b>COMPONENTES</b>	42	
Masculino	22	52%
Feminino	20	48%
<b>FAIXA ETÁRIA (anos)</b>		
10 a 20	03	7,0%
21 a 30	09	21,0%
31 a 40	16	38,0%
41 a 50	8	20,0%
Mais de 50	6	14,0%
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Sem escolaridade	01	2,0%
Ensino Fundamental Incompleto	18	43,0%
Ensino Fundamental Completo	12	29,0%
Ensino Médio Incompleto	6	14,0%
Ensino Médio Completo	5	12,0%
<b>LAÇOS</b>		
Sanguíneos	39	93,0%
Adotivos	0	0
Interesse	0	0
Afetividade	03	7,0%
<b>RENDA PER CAPITA (em SM)</b>		
0 – 0,5	09	21,0%
0,5 – 1,0	30	71,0%
1,0 – 1,5	03	8,0%

SM - Salário mínimo – junho 2006 – R\$ 350,00 (Trezentos e cinquenta reais).

Fonte: própria pesquisadora

Quanto à situação sócio-econômica percebemos que as famílias entrevistadas, apresentam uma renda familiar em torno de 0,5 a 1,0 renda per capita. Estas famílias referem que com a renda percebida inúmeras vezes têm dificuldades de ir até o CAPS, por não terem dinheiro sequer para o transporte urbano, tornando-se um problema para o serviço que não consegue a adesão do familiar no tratamento. Além disso, muitas vezes, o próprio PTM não consegue ir sozinho até o CAPS, necessitando do acompanhamento do familiar. Ressaltando que no município onde se realizou a pesquisa existe uma gratuidade nos transportes coletivos urbanos para os PTM, mas não existe essa gratuidade para os familiares.

Constatamos que o número de pessoas que moram no domicílio dos PTM, gira em torno de duas a três pessoas, uma peculiaridade que dos doze familiares entrevistados, três PTM moram sozinhos, ou seja, o familiar cuidador mora em outra

casa, mas no mesmo espaço territorial. Outro aspecto importante a considerar é que um dos responsáveis pelo PTM, não é o seu cuidador, pois ele se encontra impossibilitado de sair de casa devido a estar doente e com uma idade avançada, então sua filha assumiu a responsabilidade pelo portador perante o CAPS participando inclusive da associação dos PTM.

**Tabela 4:** Modalidade de atendimento/ parentesco do cuidador

Modalidade	Número de Pessoas	Parentesco do cuidador
Intensivo	4	4 Mães
Semi-intensivo	4	2 irmãs, 2 esposos
Não-intensivo	4	1 esposa, 1 irmã e 1 mãe e 1 filho

Fonte: própria pesquisadora

Frente ao regime de atendimento oferecido pelo CAPS ao PTM, na modalidade intensiva, ou seja, aqueles portadores que freqüentam diariamente, e que estão necessitando de um acompanhamento mais contínuo encontramos quatro cuidadores do sexo feminino, sendo todas mães; na modalidade semi-intensivo, que são de até doze atendimentos ao mês, encontramos dois cuidadores que eram irmãs e dois cuidadores que eram esposos; na modalidade não intensiva à qual o portador comparece até três dias no mês encontramos, três cuidadores que eram mulheres (uma esposa, uma irmã e outra mãe) e um cuidador homem (filho).

Nas entrevistas realizadas junto aos familiares que não participavam dos projetos do CAPS, quatro mencionaram a não participação devido ao trabalho, dois respondentes citaram o fato de serem doentes e com isso dificultando as suas participações.

Os dados colhidos através do grupo de convivência e das entrevistas foram analisados e, interpretados e depois de estruturados nos conduziram de maneira que as principais falas vieram a contribuir para explicitar e permitir a realização das análises, que nos conduzirão às descrições objetivas dos significados atribuídos à problemática em estudo.

Este estudo nos remeteu a encontrar quatro categorias principais, quais sejam: a família buscando ajuda no CAPS; a família revelando suas dificuldades na

participação e não participação dos projetos terapêuticos no CAPS; a família apontando os benefícios de sua participação no CAPS, e a família compreendendo a influência do gênero na participação e não participação no CAPS. A seguir mostrar-se-á as categorias em sua íntegra permitindo uma melhor compreensão do leitor:

### **5.1 A família buscando ajuda no CAPS**

Como já foi mencionado a família tem suas próprias representações, impossibilitando que a conceitualização dê conta de suas adversidades, visto que as transformações sociais nos remetem a uma série de mudanças, resultando o surgimento de novas organizações familiares.

No atual contexto a família passou a ser um componente importantíssimo no cuidado aos portadores de transtornos mentais, ao ser transferido a elas uma tarefa bastante árdua, qual seja, a de cuidadores do portador de transtorno mental, e para que as mesmas possam realizar esta atividade necessitam, também, serem assistidas e orientadas como bem evidencia a fala abaixo.

*... sabe eu fiz de tudo, fui até procurar um curandeiro e nada resolveu, quando as minhas força acabaram, e ele teve uma crise e parou no hospital, lá me falaram do CAPS e eu fui procurar... (Ara)*

A sobrecarga da família foi um dos aspectos relevantes citados pelos sujeitos, ou seja, quando a família procura ajuda é porque ela já esgotou todos os seus recursos e começaram a surgir novos problemas na unidade familiar..

O provimento de cuidado recai em apenas uma pessoa, que fica sobrecarregada (Mello, 1996).

A sobrecarga sentida pelos familiares de portadores de transtornos mentais, constitui uma dimensão importante a ser focalizada pelos serviços de saúde mental, por meio de programas de orientação, informação e apoio, visando diminuir o estigma e melhorar o suporte e a qualidade de vida das famílias por dois motivos. De um lado, essas intervenções serviriam ao objetivo de prevenção de ocorrências de transtornos psicológicos dos próprios familiares, que podem resultar da sobrecarga. De outro lado, intervenções adequadas junto às famílias dos PTM constituem um dos componentes do tratamento

comunitário que contribuirá para a reinserção social desses pacientes. (BANDEIRA, BARROSO, 2005, p. 40).

*... os meus irmãos a jogaram na rua, não queriam mais saber dela e então sobrou pra mim e a partir daí comecei a cuidar dela, mas chegou num ponto que eu tava desequilibrada, brigava com todos e ela não melhorava, foi aí que ouvi no rádio um psiquiatra falando do CAPS, e fui até lá... (Columba).*

Conforme Bandeira e Barroso (2005) a sobrecarga é um fator importante a ser focalizado pelos serviços de saúde mental, pois na medida em que conseguimos trazer essa visibilidade sobre a situação familiar poderemos prevenir transtornos psicológicos dos próprios familiares.

Para que estas questões sejam enfrentadas, Hirdes (2001) sugere que, hajam intervenções educacionais para prover informações para os familiares, capacitações para desenvolver habilidades básicas, e intervenções para que as famílias desenvolvam a capacidade emocional para enfrentarem o estresse.

É comum a família num primeiro momento negar o transtorno mental, não reconhecendo que precisa de ajuda e que seus portadores poderão precisar de cuidados permanentes, não raros ao longo da vida. Outro aspecto importante é o preconceito que acompanha estas situações, tanto da família como da comunidade onde está inserida e que também deve receber atenção dos serviços.

Venâncio (2003) coloca que quando o PTM sofre preconceitos, eles refletirão na família, que pode, por isso, querer negar a doença ou ainda abandonar o portador.

*... a minha mãe não deixava a minha irmã sair de casa; e não aceitava que ela era louca, depois que minha mãe faleceu eu tive que assumir ela, pois meus irmãos não a quiseram mais ... (Andrômeda).*

*... meu irmão sempre ta ruim, acho que foi quando deu a primeira crise nele, o médico não acertou o remédio e ficou tratando ele muito tempo, nós cuidamos dele o tempo todo, mas chegou num momento que todos cansaram, e agora ele vive sozinho lá na casinha dele e se ele não ta bem, o CAPS leva ele para o hospital, isto também é serviço deles...(Pictor).*

A história particular de cada família, e cada grupo social influencia e define as

maneiras que se estabelecerão as relações da família com o PTM. Dessa forma, a convivência com o PTM é permeada, ou mesmo definida por esta história sendo que “os sujeitos sociais se apropriam e interpretam diferentemente suas vivências no plano cultural, pois esta é uma das características das sociedades complexas – a coexistência de diferentes estilos de vida e visões de mundo”(ROSA, 2003, p. 242). Assim, as condições objetivas e a forma particular como cada um se apropria e experimenta, subjetivamente, esta vivência define a relação que se estabelecerá com o PTM.

Sendo o transtorno mental com suas concomitantes expressões, tanto no que se refere ao comportamento apresentado pelo portador, quanto pela leitura que os familiares fazem dele, passa a ser um fenômeno de difícil integração no código de referência do grupo, provocando um deslocamento das expectativas e nas relações afetivas do grupo familiar, levando muitas vezes ao abandono do portador. Isto também se deve pelo fato de que, na sociedade como um todo, o transtorno mental é estigmatizado.

Outro aspecto deriva da compreensão que os membros da família tenham sobre as origens do mesmo. Não raro, o transtorno mental é tido como algo que possa contaminar, que é contagioso levando ao afastamento como forma de proteção.

*... na primeira vez que minha filha surtou, nós não sabia, o que era, nós levamos ela num clínico geral ele disse que poderia ser droga ou psíquico, era pra nós procurar outro médico, nesta época ela tinha de 14 para 15 anos e para nós essa doença era novidade, na família não tinha ninguém, e o CAPS estava começando quando ela surtou foi 2002, e o psiquiatra não tava internando no hospital da cidade, daí outro médico clinico geral internou ela, por segurança, nós ficamos apavorados, o meu marido insistia que aquilo era droga, daí a gente foi vendo que não era, foi uma coisa nova que aconteceu na família... (Carina).*

O surgimento de transtorno mental num membro da família é um fato que provoca muita desorientação e ansiedade, por fugir dos referenciais que orientam o grupo familiar. Geralmente, a compreensão de uma alteração, manifestada por um dos membros da família é buscada nos referenciais que esta partilha, sendo que quando estes referenciais não se mostram suficientes, ou mesmo não conseguem oferecer uma explicação satisfatória desorienta a família, gerando muita ansiedade. A novidade

indica bem a dificuldade da família em compreender tal fenômeno, como informa a fala: “[...] Na família não tinha ninguém [...] ficamos apavorados]”.

A própria invisibilidade da “doença mental” ativa os fantasmas familiares. Como está habituada com leituras lesionais da doença, em geral buscam, como a psiquiatria, uma causa orgânica para explicar o transtorno mental até como forma de aplacar o sentimento de culpa (ROSA, 2003, p. 247)

Quando do primeiro surto a família faz um enorme investimento, buscando todos os recursos ao seu alcance e participando ativamente. A internação é vista como indicativo de tratamento e, por extensão, de cura, sendo que os cuidados passam a ser de responsabilidade exclusiva da instituição.

Nesta lógica, que a internação está ancorada na visão de doença que o grupo possui, a alta vem acompanhada da idéia de restabelecimento do “normal”, do retorno ao que se era antes. Com as sucessivas crises e reinternações a família novamente se depara com o “incompreensível”, colocando-a no mesmo patamar inicial de desorientação e desespero, levando-a a procura de outros recursos, não somente da área da saúde.

Spricigo (1982), estudando o circuito e motivo da procura por internação em instituição psiquiátrica, relata que os familiares buscam primeiramente o clínico geral, e quando este não oferece uma solução, vão em busca de práticas fora daquelas instituídas e embasadas no científico, como por exemplo, curandeiros, etc.

*... quando a coisa fica feia ela é internada no hospital, lá ela fica um tempo e depois fica boa. Eu sei que quando não toma os remédios direito, ela entra em crise, mas não tenho como controlar tudo...(Gemini )*

A fala acima informa da dificuldade do familiar lidar com o comportamento da portadora, quando a mesma “não está boa”. Informa também sobre a concepção do que seja tratamento e o que espera do mesmo, qual seja, que o outro fique bom.

No tocante ao papel da família, é razoável supor que esta não se percebe cuidando do portador. Isto pode estar revelando que as instituições que procuram

centrar sua assistência somente no tratamento medicamentoso, além de não oferecerem orientações sobre como agir frente ao portador de transtorno mental. Na medida em que se espera que a família seja o suporte primeiro, por estar mais próxima é razoável esperar que os serviços também se ocupem dela, ofertando-lhe explicações sobre o transtorno e orientando-a como agir no convívio com estas pessoas.

Como se depreende da fala acima, o uso de medicamentos não está sendo controlado pelo cuidador. Para enfrentarmos essa problemática, os profissionais que acompanham o PTM e sua família devem ter o cuidado especial em fornecer informações precisas sobre a importância do uso dos medicamentos, bem como a sua administração, efeitos colaterais, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, Rosa (2003), reporta que, para prover o cuidado ao PTM, o cuidador deverá, inicialmente, ter um mínimo de conhecimento, manejo dos sintomas e convencer o portador sobre a importância dos medicamentos.

O imediatismo e a ausência desse conhecimento pode estar contribuindo para que o portador abandone o tratamento e a conseqüente reinternação. No entanto, devemos considerar dois aspectos. Um aspecto relacionado à possibilidade de que o abandono ou a recusa em tomar a medicação, seja uma forma de manifestação de liberdade, uma vez que em muitas situações, senão na maioria delas a medicação é imposta, seja na forma de “convencimento” ou puramente ato de força. Outra possibilidade se refere às “férias da família”. Não podemos esquecer a sobrecarga que representa para a família cuidar do portador de transtorno mental. Se considerarmos as realidades concretas das famílias do presente estudo, constataremos que as mesmas não dispõem de recursos financeiros para viabilizar os cuidados por outra pessoa que não os componentes da própria família. Assim sendo, pensar na reinternação como uma estratégia para conseguir um tempo de descanso nos parece procedente.

## **5.2 A família revelando suas dificuldades na participação e não participação nos projetos terapêuticos no CAPS**

*... eu trabalho como pedreiro e não consigo vir nas reuniões, mas eu não*

*deixo minha esposa sozinha nunca porque ela quer se matar. Eu tenho duas filhas: uma fica de manhã e outra de tarde... (Verde Claro)*

Muitos dos familiares que não participam dos projetos do CAPS, trabalham para prover o sustento da família, e assim sendo manifestam constrangimento por não participarem das atividades implementadas pelo CAPS.

O trabalho fora do domicílio emerge como um fator que dificulta a participação da família nos projetos terapêuticos do CAPS. Considerando o perfil sócio-econômico dos sujeitos do estudo ou por desconhecimento do transtorno do seu familiar estes figuram como tendo dificuldades na participação dos projetos terapêuticos. Pois, quando o PTM não está em crise a família não mantém o vínculo com o serviço, e na maioria das vezes o portador está lúcido, orientado espacialmente e em relação ao próprio eu, assim sendo a família traduz os sintomas do seu PTM como manha, falta de vontade, preguiça entre outros.

O trabalho surge como prioridade importante na vida humana, partindo dele o sujeito é incluído na sociedade, não sendo apenas um meio de sobrevivência, mas criando uma identidade individual, tornando o ser humano autor e ator no espaço em que vive.

O trabalho é uma necessidade quase que obrigatória para o ser humano, para sentir-se útil no meio em que vive e sobrevive. Através dele, as pessoas sentem-se úteis e reconhecidas pelos que as rodeiam. O labor traz satisfação própria e proporciona um convívio social conferido através da remuneração, assegurando-lhe adquirir e usufruir o que a sociedade lhe oferece.

*... eu vou ser sincero, não venho nas reuniões porque tenho preguiça e sabe, ela tá bem, até tá cuidando da casa... (Branco)*

Comentando especificamente sobre o cuidado, muitos dos familiares entrevistados, procuram estratégias para prover o cuidado, reorganizando a sua vida em prol do PTM, representando ao cuidador um custo pessoal, social e econômico

comprometendo a sua individualidade.

*... eu trabalhava com meu marido. Aí tive que mudar todo o meu estilo de vida, por causa dela, meu marido me disse; tu fica em casa e cuidar dela, só assim eu posso participar das atividades do CAPS... (Andrômeda).*

Outro fator que atinge o cuidador é a ociosidade do PTM, pois existe um comprometimento de sua autonomia e não menos a liberdade do cuidador, que tem que despende mais tempo para cuidar, e para vigiá-lo garantindo, assim, a segurança dos demais membros da família (SANTOS, 2003).

*... não participo das atividades do CAPS porque preciso cuidar dos meus filhos, da minha esposa que tem este problema na cabeça e da casa, sou eu que faço tudo e ainda por cima sou doente, tenho hepatite c... (Azul Claro)*

A não participação se deve, também, ao desconhecimento dos grupos de familiares existentes no CAPS. Esta situação foi levantada junto ao grupo de convivência dos que não participavam dos projetos terapêuticos. Este fato nos mostra que muitas vezes o serviço presta uma determinada ação, mas que esta não está sendo suficientemente divulgada. Este quesito, divulgação, merece especial atenção, pois através dessa é possível fornecer orientações que auxiliará os usuários, tanto no que se refere a quem se destina quanto na forma de acesso e atividades desenvolvidas.

*... eu só pude vir hoje no grupo porque estou desempregado, e não sabia que existia grupo de familiares (Vermelho).*

Os familiares não participantes dos projetos do CAPS, também citaram como dificuldade do cuidado a questão relativa ao não uso de medicamentos pelos seus PTM. Esta é uma atribuição importante e que deve ser avaliada constantemente com os profissionais do serviço. Os CAPS podem organizar a rotina de distribuição de medicamentos e assessorar usuários e familiares quanto à sua aquisição, e administração, observando o uso diferenciado e de acordo com o diagnóstico e com o

projeto terapêutico de cada um. (BRASIL, 2004).

*... como eu trabalho o dia todo, eu não consigo ver se ela toma os remédios direito e quando eu vejo ela já está começando a ficar alterada, caminha pra todo os lados, não quer dormir e não quer fazer nada... (Lepus)*

É compreensível que pessoas com transtornos mentais possam recusar a medicação e tratamento, mas é importante que a equipe de saúde mental esteja atenta e mantenha uma boa relação com o portador/família, para obtenção de informações e que estas sejam fornecidas com clareza, para que se possa estabelecer estratégias frente às situações relatadas.

*... eu não consigo participar das atividades do CAPS, pois tenho que trabalhar, mas venho aqui para pegar as receitas, pro remédio, já que o meu tio que tem problemas mora sozinho e não quer vir aqui... (Amarelo escuro).*

Uma das razões que fazem a família não participar é quando precisa trabalhar, sendo assim muitas vezes o vínculo se dá por telefone, mas percebe-se que quando o PTM não está bem, os familiares logo recorrem ao CAPS, ficando bem claro que poderiam participar e não só irem quando necessitam de ajuda.

*... eu não consigo ir lá, trabalho fora todo o dia, só sobra sábado e domingo pra fazer as tarefas domésticas, e quando eu vejo que minha filha não tá muito bem, eu ligo lá e aviso... (Carina).*

Mas, mesmo trabalhando a família não participante ao ver seu membro doente, em situação de reagudização dos sintomas, recorre ao serviço buscando socorro e ajuda. Nesse momento ambos estão frágeis, devendo ser tratados com habilidade necessária, buscando encontrar possível solução para a situação. Posteriormente a equipe deverá realizar o acompanhamento do tratamento a ser instituído ao portador, e com isso tentar rever o vínculo terapêutico com a família, mostrando a ela a importância de que quanto mais precoce a intervenção melhor se torna o prognóstico.

Rosa (2003) relaciona que o fato de muitas vezes o membro acometido pela doença ser psicótico, torna a segurança do grupo familiar vulnerável devido aos sintomas serem mais intensos e ameaçadores.

A fala a seguir mostra claramente que a família percebe quando o portador não está bem, devido a sua capacidade de se relacionar. Denota a importância do CAPS junto aos familiares, pois com o surgimento destes serviços pode-se oferecer uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, proporcionando ao portador de transtornos mentais graves e sua família outra alternativa de cuidado e apoio.

*... quando ela tava mais tranqüila eu parei de ir, mas quando começou a ter surto de novo eu voltei a ir... (Orion).*

*... aqui em casa, nós já conseguimos ver quando ela não está bem, os surtos dela são violentos, só falta subir edifícios... ( Gemini).*

Diante deste contexto, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005).

### **5.3 A família apontando os benefícios de sua participação no CAPS**

A participação pode ser apreendida e aperfeiçoada pela prática e a reflexão, a sua qualidade se eleva quando as pessoas aprendem a conhecer sua realidade; passam a refletir, a superar contradições reais ou aparentes; a identificar premissas subjacentes; a antecipar conseqüências; a entender novos significados das palavras; a distinguir efeitos de causas, observações de inferências e fatos de julgamentos. Através da participação as pessoas aprendem a manejar conflitos; clarificar sentimentos e comportamentos; tolerar divergências, e respeitar opiniões (BORDENAVE, 1985).

A participação implica num compromisso emocional importante e uma responsabilidade maior, mas nem sempre os cuidadores familiares estão preparados para assumi-los.

Um dos aspectos relevantes que o CAPS traz para a família que participa dos projetos terapêuticos é a possibilidade de segurança, e a tranquilidade no que diz respeito ao cuidado dispensado ao PTM e sua família.

Assim sendo, o cuidador é a pessoa que assiste, dá atenção, ou seja, que presta o cuidado que o PTM necessita, e o CAPS auxilia com relação à transmissão de saberes, de como agir frente às situações que se façam necessárias para que haja uma intervenção eficaz ágil.

*... no CAPS eu aprendi o que era a doença, que não era manha dele, hoje eu vejo as coisas diferentes, lá eles ensinam a gente a cuidar deles e se cuidar também... (Ara).*

Com relação ao atendimento ao grupo de familiares, além de reunir as famílias, serve para criar laços de solidariedade entre estes, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre a doença do seu PTM e, também, falar sobre a importância da participação da família nos projetos terapêuticos.

*... o atendimento ficou facilitado, mais fácil para falar com o psiquiatra, conseguir os medicamentos, exames e a equipe nos ensinam como tratar ele e mesmo que lá no CAPS, tem outras pessoas com os mesmos problemas... (Eridanus).*

O “cuidador familiar” muitas vezes se sente culpado pelos fatos que ocorrem no dia a dia da família, mas um aspecto que deve ser questionado com os componentes das famílias é a geração de culpas, clarificando que estas não devem existir e muito menos culpados, mas fatos a serem vistos e compreendidos, de forma que amenizem os problemas já relatados.

*... quando aconteceu isso com a minha irmã, meus irmãos escaparam e eu me senti um lixo pelo fato da minha família ter desmoronado. Eu não estava aceitando isto, foi aqui dentro que consegui ver, que quem estava errada era eu de achar que tinha que continuar a cuidar de todos, eu conversei com a psicóloga e participei dos grupos e agora eu sei que o que faço é por amor a minha irmã... (Columba).*

A entrevista nos mostra que a participação nos projetos terapêuticos traz ajuda mútua tanto para a família, quanto ao PTM, e que a equipe que trabalha junto a eles necessita ter paciência, disponibilidade para a escuta, ter uma linguagem franca, interessada e sobretudo criar um vínculo de confiança fazendo pactos, já que a efetiva participação da família é um aspecto muito importante para o sucesso das atividades realizadas no CAPS.

*... meu Deus eu acho que não conseguiria mais viver sem o CAPS. Para mim me ajudou tanto em relação a ela, como para mim mesma... (Columba).*

A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo. Ela é inerente à natureza social do homem, tudo indica que ele só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos.

*... participar faz muito bem, porque a gente se ajuda, recebe informações e enxerga mais longe, do que aquilo que a gente só vê em casa... (Sagitta).*

*... depois que comecei a participar das reuniões me sinto outra, a gente se acostuma, sente falta de vir aqui pra eles é uma terapia e para nós também ... (Cruz).*

O CAPS pode articular cuidado clínico e programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma, promovendo o favorecimento de vínculos e interação humana (BRASIL, 2004).

*... sabe o meu marido só queria morrer e depois que ele veio para cá ele faz trabalhos manuais, conversa com os outros é outra pessoa... (Lyra).*

O portador que trabalha passa a acreditar em si mesmo, pois além de uma forma

de geração de renda, percebe-se uma melhoria na qualidade de vida, tanto para o portador quanto para a família. O trabalho representa uma criação de formas efetivas de inclusão social.

*... eu aprendi a fazer artesanato, junto com o meu filho, vendemos o que produzimos através da associação dos PTM, e com esse dinheiro viajamos para outros lugares ... ( Gemini).*

O programa de inclusão social pelo trabalho é um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, embora existam diversas experiências, no que diz respeito à criação de cooperativas, associações e oficinas com geração de renda, com ótimos resultados. Elas ainda se apresentam frágeis na sua sustentação institucional e financeira. O financiamento destas iniciativas e a discussão permanente de seus dilemas práticos e teóricos são, sem dúvida, passos importantes para a consolidação da Reforma psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS, deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais como grupais devem servir como recursos, que vão além de consultas e de medicamentos. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, possibilitando estratégias terapêuticas (BRASIL, 2004).

Neste contexto os profissionais que atuam junto ao CAPS, repassam informações aos familiares, para que estes tenham conhecimentos quanto à maneira de cuidar do seu familiar doente.

*... aqui tem uma equipe ótima, eu não preciso me preocupar, eles até ensinam a gente a cuidar deles e ver quando não estão bem... (Columba).*

Sendo assim, o familiar deverá ter um diálogo aberto com o seu Portador, e nós profissionais da saúde não podemos exigir que as famílias sejam auto-suficientes, elas sozinhas não dão conta. Devemos criar espaços para que as famílias de PTM relatem as suas dificuldades, e troquem experiências entre si. Para Rosa (2003), os cuidadores

que obtém melhor eficácia no cuidado com o PTM, são aqueles que constroem uma relação baseada na paciência, amor, respeito, no conhecimento dos problemas, da doença e na confiança.

*... ela se isolava e vivia num quarto escuro. Eu não agüentava mais, tava tão nervosa os meus filhos e marido estavam agitados, pois viam que a minha irmã não melhorava. Eles achavam que aquilo não tava certo, mas eu tinha sido preparada pela equipe do CAPS. Eles sabem que aquilo era uma coisa diferente, mas a gente nunca ta preparada para este tipo de coisa, foi então que pensei agora vou tentar uma coisa ou ela “PIRA” de vez ou as coisas vão melhorar para mim. Então cheguei e disse teus irmão te abandonaram e só sobrou eu e tu portanto agora tu vai ir para o CAPS e se tratar, tomar os remédios direito e me ajudar ou eu vou te largar de mão, é claro que eu não ia fazer isso mas foi o meio que achei de me ajudar, eu não agüentava mais. Então ela começou a vir para o CAPS, é claro que no início foi difícil, mas agora graças a deus ta tudo bem... (Andrômeda).*

*... a gente se sente transtornada, tem uma pessoa ali que tu não sabe o que fazer com ela daí eu fiquei sabendo do CAPS... (Orion).*

Quando uma pessoa chega no CAPS , ela deve ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento será feito com objetivo de compreender a situação de forma mais abrangente, a partir daí iniciar-se um vínculo terapêutico e de confiança com os trabalhadores e usuários do serviço.

*... nós não sabíamos o que fazer mais, ela agredia a todos, e saia pela rua, sem rumo, então resolvi procurar um serviço que me ajudasse e fiquei sabendo do CAPS através de uma profissional que trabalha aqui... (Águila).*

Uma das contribuições citadas pelos cuidadores é quanto às oficinas terapêuticas, que são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Elas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, sendo que estas atividades podem ser definidas por interesse do PTM, ou por necessidade visando uma maior integração com a família (BRASIL, 2004).

É reconhecido o valor das oficinas terapêuticas junto às famílias entrevistadas,

que se reportam a elas como uma ferramenta capaz de trazer uma melhoria na auto-estima dos seus PTM. O principal objetivo das oficinas é manter o portador ocupado sendo que esta ocupação é potencialmente terapêutica, fazendo com que se tente através das atividades resgatar as potencialidades do portador, por mínimas que sejam e à medida do possível ampliá-las, pois através delas se oferece ao portador a oportunidade de exercitar maneiras mais criativas de se expressar, bem como de se relacionar com outros, tornando-o mais independente e responsável.

É recomendável que se proponha ao portador uma diversidade de atividades, para que ele possa escolher aquela que melhor se adapte ao seu estilo de vida, que desperte o seu prazer e que antes de qualquer coisa tenha uma afinidade pela atividade que irá desenvolver. Além disso, o efeito da terapia pela atividade não ocorre somente durante a atividade, mas também antes, nos preparativos, e depois com a criação das relações com os demais participantes.

*... aprendeu muita coisa por lá até a fazer bolo, gosta de mostrar o que aprendeu nas oficinas, e lá no CAPS tem uma equipe bem boa todos são muito atenciosos com a ela, eles conversam com outras pessoas... (Fornax).*

*... agora ela cuida de tudo da casa, roupa, comida, antes não queria fazer nada, agora ela aprende fazer coisas diferentes e vai para casa e ensina os outros. Ela começou até a estudar já sabe ler e escrever... (Áquila).*

Além disso, outro benefício citado pelos familiares é o ganho dos medicamentos e atendimento pela equipe multidisciplinar oferecido aos usuários, uma vez que a maioria das famílias é de baixo poder aquisitivo, tornando inviável a compra de medicamentos e pagamento de consultas. Percebemos que a equipe desempenha suas funções frente a um cuidado diversificado que envolve, medicação, acolhimento, escuta, alimentação, ou seja, eles tentam minimizar as carências do cotidiano dos usuários, observando-os na sua integralidade.

É importante ressaltar que a assistência farmacêutica não consiste somente na organização e racionalização do medicamento nos serviços de saúde. Ela implica na criação de processos de responsabilidade dos vários atores envolvidos no manejo dos medicamentos, como médicos, farmacêuticos, pessoal de enfermagem e outros

(VENÂNCIO, 2003).

*... eu consigo os remédios todos pelo CAPS e a internação é pelo SUS, e quando preciso consulta, é feito lá mesmo... (Orion).*

Um dos entrevistados cita o benefício da medicação ser administrada por via IM, uma vez por mês, com isto fica claro que o seu portador não estava fazendo o uso correto dos fármacos por via oral.

*... eles vêm aqui em casa aplicam injeção nela, porque ela não quer tomar remédio porque diz que fica gorda, os remédios são de graça, o médico ela sempre tem quando precisa e vem a moça e o enfermeiro uma vez por mês fazer a injeção, agora pelo menos nós temos a quem recorrer... (Vermelho).*

Outro aspecto levantado nas entrevistas sobre o convívio entre os PTM, faz com que hajam relacionamentos variados, indo desde amizade até relacionamentos amorosos, citado pelas famílias que vêem isto com bons olhos, mas a equipe deve trabalhar estas questões de amor, afeto, solidariedade, pois frente a um fracasso nas relações poderão desencadear crises e problemas maiores para a família e a própria equipe.

*... atendimento que eles dão, ele come lá, consulta o psiquiatra e ganha os remédios também, agora arrumou uma moça e tá vivendo com ela e está feliz... (Eridanus).*

As famílias relatam que após o início da participação nos projetos terapêuticos pelos seus portadores, houve melhoras da auto-estima, tanto no aspecto pessoal como na interação com outras pessoas do seu convívio social.

*...ele adora ir lá, já arrumou até namorada, aumento a auto-estima dele porque viu pessoas com o mesmo problema dele, e pessoas piores, ele dança se diverte e arrumou amigos, ele sempre tá pronto prá ajudar, eles viajam, vão pro parque, fazem exercícios, cinema, fazem até passeatas na rua pra defender seus direitos... (Pictor).*

*...muito bom, sabe antes de ir pro CAPS ele internou umas 10 vezes e após*

*freqüentar o CAPS ele não precisou mais, e agora a 4 meses atrás ele foi num baile e encontrou uma moça e está convivendo com ela apesar dela ser mais velha ela está com 42 anos e ele 28 mas estão se dando bem ele está feliz e ela começou a participar das atividades promovidas pelo CAPS...(Eridanus).*

É função do CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social dos portadores de transtornos mentais através de ações intersetoriais. Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

#### **5.4 Compreendendo a influência do gênero na participação e não participação da família nos projetos terapêuticos no CAPS**

Após a realização de grupos de convivência, atividade desenvolvida na disciplina de prática assistencial com familiares que não participavam dos projetos terapêuticos do CAPS, percebeu-se que os cuidadores eram na sua maioria homens e que estes não se comprometiam com o acompanhamento dos seus PTM, e em muitas casos até faziam descaso da doença do seu familiar.

*... eu tenho preguiça e vou deixando de um dia para outro e acabo não vindo nas reuniões... (Violeta).*

Uma primeira leitura pode ser entendida como manifestação de não preocupação do cuidador para com o PTM. No entanto, outras leituras podem ser feitas, como a questão do gênero influenciando a conduta.

Segundo Rosa (2003), o provimento de cuidados e as relações que lhe são consideradas próprias foram historicamente construídas. Assim, o homem passa a ser associado com o espaço da rua, da competição, do trabalho remunerado, cabendo à mulher a maternagem e os cuidados correlatos, estendendo-se aos enfermos de toda

ordem, incorporando-os ao trabalho doméstico “naturalizados” como próprios da mulher. Segundo a mesma autora, 46,15% das cuidadoras domésticas são mães. Quando a mãe, por ausência ou outro motivo não presta os cuidados a tendência é de que outro componente da unidade familiar do sexo feminino a substitua. Portanto, a fala acima pode estar impregnada destas concepções fazendo com que, em algumas situações, o cuidador homem não seja tão cuidador.

*... se eu ficar doente daí não vem ninguém por que eles acham que a responsabilidade é minha desde que a mãe e o pai morreram, e como sou a mais velha e eu que recebo o salário dele... (Ara).*

Uma das observações foi quanto à “cuidadoras familiares”, no que diz respeito ao quanto elas se dedicam ao seu PTM, assumindo o cuidado como sendo exclusivamente tarefa delas e com isso deixando os demais membros da família sem a responsabilidade de auxiliá-las a prestarem o acompanhamento domiciliar. Percebo que um dos grandes desafios para quem trabalha junto ao PTM, a nível extra-hospitalar, seria o compartilhamento das tarefas referentes ao cuidado, para que este não recaia sobre uma só pessoa, pois na impossibilidade desta fazer o acompanhamento outro membro da família poderia dar continuidade na assistência.

Desta maneira quando a cuidadora é a mãe ou irmã do PTM, além de dispensar cuidados ao portador, ela presta cuidados aos demais componentes da família, comprometendo a sua vida profissional e pessoal, com isso exigindo dela uma carga de preocupação maior, ficando visível que há um comprometimento da sua vida e saúde.

Rodrigues (1996), em sua dissertação de mestrado, realiza um balanço de parte da produção teórica européia e americana, acerca do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental, destacando que a sobrecarga do cuidado recai sobre a mulher.

Assim sendo, quando uma mulher assume sozinha o cuidado do seu PTM, isto lhe traz uma sobrecarga, principalmente, se as suas condições econômicas e físicas não estiverem presentes, trazendo a ela uma dificuldade em estabelecer um cuidado mais eficaz ao seu portador.

*Como sou sozinha, não vou ao CAPS, porque to doente, depois de uma idade, as doenças vêm, tenho pressão alta e sinto falta de ar, e ainda por cima moro muito longe, tenho que pegar ônibus para ir lá... (Lyra).*

Conforme Waldow (2001), a família é uma variável importante, sua presença e carinho são fundamentais para o PTM. A equipe que atua junto ao portador deverá estar atenta, fornecendo esclarecimento e informando os familiares, pois isto ajudará no cuidado a ser dispensado.

A família elege um componente para que seja o cuidador do PTM, este geralmente é a mãe e na falta desta é a irmã mais velha, sendo que a ela recai a incumbência de acompanhá-lo nos projetos terapêuticos realizados no CAPS, bem como a observação diária do seu PTM, pois frente a alguma anormalidade esta deverá procurar a equipe multidisciplinar que atua no CAPS, para em conjunto traçarem alguma estratégia para a resolução dos problemas detectados.

*... quem cuidava dele no início quando começou as crises era a minha mãe, depois que ela morreu em 1992, a minha irmã mais velha continuou cuidando até falecer, e agora sou eu, e vou cuidar até que possa... (Amarelo Escuro).*

*... aqui em casa quem vai às reuniões sou eu, pois meu marido não gosta destas coisas, quando está acontecendo algo mais sério, eu ligo para lá ou eles me ligam e a gente toma providência... (Sagitta).*

Assim sendo, o cuidador aprende no dia a dia reconhecer quando o seu PTM não está bem, devido ao ato de observação e pela vivência diária, portanto é importante ter um mínimo de conhecimento sobre o manejo e que busque o serviço de saúde para lhe dar o suporte necessário.

*... mas eu percebo quando ela vai ter crises porque não faz nada, não cuida da casa e nem dela, não deixa ninguém entrar no pátio... (Lepus).*

Vasconcellos (2000, p. 271), ressalta que:

... o transtorno mental implica numa sobrecarga emocional e temporal por exigir da família de seu portador maior dedicação, tendo em vista que, nas crises, ele precisa ser cuidado e vigiado em função do risco de alta agressão, como também de heteroagressão.

Nos discursos percebe-se claramente que os cuidadores se sentem impotentes frente às crises de seus PTM, gerando ansiedades, medos, tristezas e tornando o convívio em família muito tenso e conflituoso.

*... eu sou pedreiro, e para conseguir trabalhar tenho que deixar as minhas filhas cuidando da minha esposa, uma delas cuida de manhã, e a outra de tarde, elas moram ao lado da minha casa, eu não posso deixar ela sozinha pois ela quer se matar e quando as meninas eram pequenas, certa vez a minha esposa colocou álcool na cabeça de uma delas e pôs uma sacola plástica envolvida em sua cabeça, então a outra filha correu e pediu socorro e graças a Deus nada de grave ocorreu, mas eu não deixo ela sozinha, convido sempre ela para passear, mas que ela não me acompanha e diz que quer ficar em casa... (Verde Claro).*

Venâncio (2003) reporta-se a crise como um momento especialmente delicado. É um instante de fragilidade para o PTM e de grande responsabilidade para o profissional de saúde. A abordagem adequada e rápida faz a diferença entre a vida e a morte do portador.

*...as crises são feias ela foge pra rua se joga para os carros passarem por cima dela, corre para todos os lados sem rumo, às vezes dizem para ela se matar, os manos ficam apavorados e ninguém tem sossego, ou não consigo dormir e muito menos trabalhar... (Carina).*

Em contrapartida, nas falas dos cuidadores do sexo masculino as crises são vistas de uma forma mais natural, conforme relatado no grupo de convivência

(Apêndice A), mas cabe a nós respeitarmos e lidarmos com essas diferenças e diante dessas situações, a equipe deve se adaptar criando maneiras de buscar alternativas criativas, para que se possa repassar informações a estes cuidadores, de modo que haja uma reflexão da situação em questão.

Os cuidadores masculinos entrevistados são pessoas de classes populares e freqüentemente localizam os transtornos mentais de seus portadores, como um fato natural ou um acidente devido a fatores do ambiente, mas isso não acontece por ignorância ou incapacidade, mas corresponde à visão de mundo dessas pessoas.

*...nós somos os dois filhos que moramos com ela e nós dois trabalhamos, e quando a gente vê que a coisa não tá boa, nós procuramos o médico do CAPS e eles a internam, no hospital daqui agora não vai mais para a clinica psiquiátrica... (Vermelho).*

Quando a figura da mulher está ausente na unidade familiar, o homem assume o cuidado, que pode estar relacionado a sua compreensão de qual seja o cuidado que lhe compete. Assim, a fala acima pode estar indicando a concepção de que ao homem compete prover os recursos materiais e financeiros envolvidos no cuidado, mas não o cuidado em si. Noutras situações, quando é a mulher a PTM, assumir o cuidado é compreendido como decorrente do fato de ela ser sua mulher, estar casado, isto é, um “ônus” inerente ao casamento. Sobre o papel masculino, Rosa (2003, p.279) relata a fala de um marido que assumiu o cuidado, que é emblemática; “Porque só temos filhos homens”, “não temos filhas”, “a família dela não quer saber dela” ou “cuido dela porque sou esposo dela e porque a mãe dela é doente do coração”.

As respondentes (mulheres) que participam dos projetos terapêuticos na maioria se dedicam ao cuidado do seu PTM, sendo assim, dispensam a eles um cuidado mais contínuo, tendo uma visão mais ampla da saúde do portador e do contexto no qual ele está inserido.

Um aspecto que merece atenção quando se aborda a questão da sobrecarga é destacado por Rosa (2003), ao referir o contraditório que se apresenta na relação do

cuidado na medida em que o cuidador tende a centralizar e tomar para si todos os encargos e processos inerentes ao ato de prover cuidado.

Um achado importante foi o de que quando a cuidadora é dona de casa, aposentada ou que não trabalha fora do ambiente doméstico ela não acha difícil participar dos projetos terapêuticos do CAPS.

*... como sou aposentada não tenho dificuldade e até gosto de ir, porque lá eu vejo outras pessoas que precisam de uma palavra amiga e de ajuda... (Ara).*

O estar aposentada significa não necessitar cumprir uma jornada de trabalho, geralmente fora do lar. Sem este compromisso, ao mesmo tempo em que tem assegurado um rendimento possibilita maior dedicação ao PTM. No entanto, vale ressaltar que isto não diminui o cuidado para com o outro. Na fala acima, participar do projeto terapêutico atende outras necessidades claramente expressadas, quais sejam, o fato de sair de casa e de interagir com outras pessoas. Como afirma Bordenave (1985) a participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência nata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo. A sua prática envolve a satisfação de outras necessidades tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar coisas e, ainda a valorização de si mesmo pelos outros.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A passagem da família de vilã à benfazeja marca o processo de mudança na assistência ao PTM. Até bem pouco tempo, a crença de que a família era o *locus* de produção do transtorno mental levou-a separação do PTM, como forma de tratamento que pretendia reorganizar o contato entre este, a família e a sociedade, cabendo ao hospício esta tarefa. Com as novas políticas no campo da saúde mental, tendo como um dos eixos a lógica inclusão, a família é elevada ao papel de parceira primeira dos serviços deste campo. O transtorno mental passa a ser compreendido não mais somente como uma doença, mas como um fenômeno complexo no qual estão presentes os aspectos somáticos, psicológicos, sociais e culturais. Isto implica numa construção de outras práticas e saberes, que se referem mais às pessoas que ao transtorno em si. Para tanto, outros serviços e atores entram em cena ampliando significativamente a complexidade do cuidado.

Neste novo cenário a família ganha visibilidade e tarefas, que na realidade se constitui no fato novo para elas, já que o cuidado de seu familiar portador de transtorno mental não é mais tarefa tão somente dos serviços criados para este fim.

Entendemos que este trabalho nos possibilitou visualizar, que a participação da família na assistência ao PTM é algo bastante complexo e que em grande parte pode determinar o sucesso no cuidado dispensado ao seu PTM.

A família busca ajuda nos serviços de saúde quando suas forças estão exauridas, quer pela sobrecarga quer pela impossibilidade de manejar as situações decorrentes da expressão sintomatológica do PTM. O cuidador, quando procura o serviço vem buscar orientações, medicamentos, apoio bem como conhecimentos sobre o manejo com o seu PTM.

Os familiares dos PTM referem sobrecarga imposta a eles, que somadas àquelas do cotidiano normal, o cuidado interfere na sua vida social, sua liberdade pessoal, pois

necessitam monitorar as necessidades do seu portador. Quando aumenta a severidade dos sintomas do portador a sobrecarga do cuidador aumenta significativamente, provocando ansiedade, medo e com isso a sobrecarga se estende aos demais componentes da família que, em sua grande maioria, se excluem do processo do cuidado.

Um das constatações observadas após realização dos grupos de convivência junto ao CAPS, com o objetivo de se conhecer os motivos que levavam as famílias à não participação foi que, a grande maioria dos participantes eram do sexo masculino, sendo assim, os cuidadores que freqüentam o serviço na sua grande maioria são do sexo feminino, mães, esposas ou irmãs.

Para que consigamos resgatar as famílias que não participam dos projetos terapêuticos, será necessário que façamos um trabalho junto a elas, mostrando que a equipe multidisciplinar tem muito que ajudar, no sentido de orientações, informações, ou seja, dar suporte para que as famílias possam enfrentar as dificuldades encontradas na sua rotina diária junto ao portador sob os seus cuidados.

Frente às dificuldades na participação dos projetos terapêuticos implementadas no CAPS, o cuidador familiar se reporta a ter que trabalhar para prover o sustento da família e, concomitantemente, frente aos obstáculos surgem as doenças do cuidador e, às vezes, as freqüentes agudizações da sintomatologia do PTM levam à desmotivação por ver a sua incurabilidade, bem como o desconhecimento dos grupos de familiares existentes no CAPS.

Vários são os fatores que intervêm e contribuem para a pouca ou nenhuma participação. Os aspectos econômicos, como se evidenciou no perfil apresentado são elementos que devem ser considerados, uma vez que o custo financeiro com passagens e até a falta ao trabalho para as famílias pesquisadas participarem é nada desprezível. Os serviços devem considerar estes aspectos e viabilizarem estratégias para superação desta barreira. O Programa "De Volta Para Casa", criado pelo Ministério da Saúde, de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003, tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Para que os familiares tenham acesso a este programa o serviço poderia se colocar como mediador,

orientando os familiares na busca deste recurso. Outro aspecto é quanto aos horários de funcionamento dos serviços que nesta nova lógica, qual seja a de ocupar-se da pessoa na sua existência concreta e complexa os profissionais fizessem gestões junto aos gestores para que fossem criados turnos em horários que não aqueles nos quais é comum ser o horário de trabalho da maioria dos trabalhadores. Desta forma facilitaria a participação dos familiares, que, além disto, poderia viabilizaria a participação de outros membros da unidade familiar com o estabelecimento de rodízio entre seus componentes, por conseguinte, aliviando a sobrecarga do cuidador. Há que se considerar também as representações que cada família tem sobre o transtorno mental e sobre a finalidade dos serviços de atenção psicossocial.

Com relação aos benefícios relatados pelas famílias, no que dizem respeito às suas participações nas atividades realizadas pelo CAPS, apontam o aprendizado sobre a patologia, o manejo com o seu PTM, a troca de experiências com os demais familiares e portadores, o acolhimento da equipe, e com o conhecimento das atividades realizadas pelos PTM, a família consegue manter um diálogo mais aberto, reforçando o vínculo efetivo com o seu portador elevando sua auto-estima e propiciando que os vínculos familiares se tornem mais efetivos.

Assim, este estudo nos proporcionou um conhecimento sobre a participação e não participação da família na assistência ao PTM, e nos mostrou a realidade na qual vivem mostrando a importância desta para traçarmos estratégias de ações, com o intuito de formar parcerias proporcionando, assim, a busca de melhorias no atendimento das famílias e comunidade em geral.

Percebemos que não basta apenas o estudo gerar conhecimentos, é necessário que tanto o PTM e famílias sejam tratados com amor, carinho e afeto, pois os vínculos formados nestas bases dão mais sustentação a estas relações, gerando uma melhoria na qualidade de vida das pessoas envolvidas neste processo, e também promovendo uma participação mais eficaz junto às instituições de assistência à saúde mental.

No entanto, a participação da família não pode e não deve ser um substituto dos serviços ao assumirem tarefas do cuidado. Devemos ter clareza que a família também precisa de cuidados e que tanto esta como o PTM têm garantido na Constituição o direito a atenção à saúde. A família como parceira na assistência é uma estratégia para

melhor assistir e não para desonerar o Estado de suas atribuições legais.

## REFERÊNCIAS

- ALTHOFF, C. R. et al. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSÉN, I. et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2004.
- ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e suas regras. 20. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994
- ALVES, Z. M. M. BIAZOLI. Relações Familiares. **Texto & Contexto.**, v. 8, n. 2, p. 229-241, 1999.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos tempos em saúde mental. **Revista Saúde em Debate**. n. 37, p. 4, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1995.
- ARANTES, E. C.; STEFANELLI, M.C.; MATSUO, Y. Relacionamento terapêutico: considerações teóricas e relato de uma experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 13, n. 3, p. 217-223, 1979.
- BANDEIRA, Marina; BARROSO, M. S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdos**. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BARROS, D. D. Cidadania versus Periculosidade Social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 171-192.
- BASAGLIA, F. et al. **A Instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASTOS, S. C. A.; BARBOSA, L. F. M. Relevância da extensão universitária para o aprimoramento da assistência ao portador de sofrimento mental. **Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, set. 2004.
- BEZERRA JR., B. Cidadania e loucura: um paradoxo?. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília: UnB, 2000.
- BORDENAVE, Juan E. **O que é participação?**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BRAGA, José Carlos de Souza et al. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.
- BRASIL. Portaria nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
- \_\_\_\_\_. Portaria nº. 196, de 10 de novembro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentando as de pesquisas com seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de

Saúde.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Brasília, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União. Presidência da República.

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

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

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

BRUM, Antônio Francisco Maineri et al. A equipe de reabilitação. In: SAIDEMBERG, S. et al. **Psiquiatria e saúde mental.** São Paulo: Autores Associados, 1983, p. 397-403.

CHEUICHE, Edson Medeiros. 120 anos do Hospital Psiquiátrico São Pedro: um pouco de sua história. **Revista Psiquiatria.** Porto Alegre, v. 26, n. 2. maio/ago., 2004

COLVERO, L. A. **O significado de “ser enfermeiro” em ambulatório de saúde mental.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

COSTA, Jurandir Freire. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, Ana Cristina; SILVA FILHO, João Ferreira da. **Ética e saúde mental.** Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

DEMO, Pedro. **Pobreza política.** 6. ed. Campinas: Autores Associados, 2002.

DUARTE, Maria das Graças dos Santos et al. “O movimento das comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro: humanização disciplinadora e/ou resistência sitiada?”. In: AMARANTE, P. **A loucura da história.** Rio de Janeiro: LAPS/Ensp/Fiocruz, 2000, p. 227-241.

DUARTE, Letícia. Reforma psiquiátrica: A vida depois do São Pedro. **Jornal Zero Hora.** Porto Alegre, p. 05, 06 out. 2005.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: UEM, 2002.

ESPINOSA, A. F. **Guias Práticos de enfermagem.** Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2000.

FERNANDES, M. I. et al. **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999.

FILHA, M.O.F.; SILVA, A.T. M.C.; LAZARTE, R. Saúde mental e pobreza no Brasil. **Revista Consciência.** Rio de Janeiro: desafios atuais, 2003.

FRANCO, Sérgio da Costa. **Guia Histórico.** Porto Alegre: UFRGS, 1998.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação.** Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

GENTIL, V. Reforma Psiquiátrica. **Revista Psiquiátrica Clínica.** São Paulo: v. 25, n. 4. p.148, 1998.

- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisas social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GÓES, A. R. M, CARMO, L. H. M. **Cuidadora de Portador de Transtorno Mental: Um Foco de Análise**. 2004. Disponível em <<http://www.ssrevista.uel.br/c>>. Acesso em: 28 mai. 2006.
- GOMES, Maria Paula. **A emergência psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Uerj, Rio de Janeiro, 1993.
- HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo**. Erechim: FAPES, 2001.
- HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Care systematization is psychiatric nursing witin the psychiatric reform context. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. v. 9, p. 81-86, 2002.
- KALOUSTIAN, M. Sílvio. **Família brasileira, a base de tudo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- KINOSHITA, Roberto T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 2001.
- LAPPANN, N. C.; LABATE, R. C. Saúde Mental. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 13, n. 4. Florianópolis: UFSC/PEN, out./dez. 2004.
- LOPES, M. H. **Pesquisa em hospitais psiquiátricos**. Porto Alegre, 2001.  
Disponível em <<http://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>>. Acessado em 15 abr. 2006.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, Kátia. Reforma Psiquiátrica é lenta, mas avança. **Revista Radis**. Rio de Janeiro: n. 38, p. 13, out. 2005.
- MANZOLLI, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: da enfermagem psiquiátrica à saúde mental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- MELLO, José Hélio Ribeiro de. **Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador**. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Rio de Janeiro, UFRJ/IP, 1996.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso. Famílias hoje: o começo da conversa. **Texto Contexto**. v. 8, n. 2, p. 211-219, 1999.
- MOSCOVICI, S. **Desenvolvimento interpessoal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Livro Técnico e Científico Ltda., 1985.
- NAOMAR, A. F. et al. O conceito de saúde mental. **Revista USP**. São Paulo, n. 43, p.

123, set./nov. 1999.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Sílvia. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental). São Paulo: PUC, 1994.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, maio/jun. 2003.

OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implantação. Caracas: Opas/Instituto Mario Negri, 1990.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

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

POLIT, Denise. F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual nº. 9.716, de 07 de agosto de 1992. Rio Grande do Sul: Diário Oficial, 1992.

\_\_\_\_\_. Resolução nº. 07, de 2004. Conselho Estadual de Saúde. Rio Grande do Sul: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2004.

ROCHA, R. M.; BARTMANN, M.; KRITZ, S. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: SENAC, 1996.

RODRIGUES, M. P. **Reforma Psiquiátrica e o combate ao domínio da razão normativa**: a assistência na encruzilhada. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 1996.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, Rosa Lúcia dos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SIMERS. **Sindicato médico do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: SIMERS, 3 dez. 2005.

SPRICIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

STAMM, Mariestela. **Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulheres alcoolista em família**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Florianópolis: UFSC, 2005.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica**: princípios e prática. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SILVA, D.G.V. et al. Grupos como Possibilidade para desenvolver educação em Saúde. **Revista Texto e Contexto**. Enfermagem. Edição de jan/mar. n. 12 (1), 2003. p. 97-103.

TEIXEIRA, M.B. et.al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

TRAVELBEE, J. *Intervenencion em enfermmeria Psiquiátrica*. Colômbia: OMS/OPAS, 1979.

TOWSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. **Saúde mental e serviço social – O desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VENÂNCIO, Joaquim. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

WAIMAN, M.A.P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R.C. **Caminhando para a assistência integral**. Ribeirão Preto: FAPESP, 1999. p. 389-407.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

Prática assistencial realizada no CAPS: grupos de convivências

### PRÁTICA ASSISTENCIAL REALIZADA NO CAPS: GRUPOS DE CONVIVÊNCIAS

#### PARTILHANDO DO PRIMEIRO ENCONTRO

**Objetivo:** integrar os componentes do grupo e sondar os motivos que levam as famílias a não participarem dos grupos oferecidos pelo CAPS.

**Sujeitos:** Familiares de pessoas portadoras de doença mental

**Data:** 31-05-2005

**Local:** CAPS

**Horário:** 14 horas

**Grupo de Convivência -Partilhar é uma forma de amar.**

Exatamente às 14 horas dei início ao grupo. Num primeiro momento, dando as boas vindas às pessoas presentes, informando os meus objetivos para que eles se inteirassem do assunto a ser tratado. Após divulguei o cronograma dos demais encontros, bem como quem deveria participar, ou seja, os encontros seriam em número de quatro: o primeiro grupo com os familiares que estava sendo realizado, o próximo no dia 7 de junho de 2005, somente com as pessoas portadoras de transtorno mental, e no dia 14 de junho de 2005 será com os familiares e os portadores de transtorno mental, e o último e quarto encontro com familiares, portadores e profissionais do CAPS.

Para identificar os componentes dos grupos foram utilizadas as cores do arco-íris. Logo após, foi colocada uma mensagem sobre a importância do hoje, de ser feliz, do cuidado com a família, a saúde. Após o término da mensagem os componentes do grupo refletiram e fizeram uma analogia sobre suas vidas, mostrando que todos têm muito que pensar para que consigam através de mudanças comportamentais, tornarem-se mais compreensivos e pensar que somos humanos e não máquinas, que além de cuidar devemos ser cuidados e tornar o nosso dia a dia mais tranquilo e feliz.

A partir dessa mensagem, como coordenadora do grupo, lancei a pergunta: porque os familiares que ali estavam não participavam dos grupos que o CAPS realizava?

**1-Familiar Azul claro** - Não freqüentava porque precisava cuidar dos filhos, uma vez que a esposa não tinha condições de cuidá-los sobrando para ele todas as tarefas domésticas. Relata que é portador da Hepatite C, que está indo ao médico e realizando exames. Comenta que ao meio-dia a esposa estava chorando, mas como já a conhece deixou que chorasse. Quando saiu para vir à reunião ela pediu para acompanhá-lo e ele falou que na próxima semana seria a vez dela comparecer.

**2-Familiar Amarelo claro** - Às vezes não vem devido às tarefas domésticas. Ela mora com seu filho PTM. Comentou também que nas sextas-feiras vai ao grupo de terceira idade do qual gosta muito, não deixa de participar de festas e está disposta a comparecer nos grupos. Relatou que seu filho mora em uma casinha atrás da sua e que é melhor assim porque ele gosta de ouvir música alta, e olhar televisão até tarde da noite.

**3-Familiar Verde Claro** - Este familiar é pedreiro e está sempre trabalhando. Neste dia pediu dispensa para vir participar do encontro, era um dos mais tímidos, mas logo começou a relatar suas dificuldades com a esposa que ele cuida. Perguntei-lhe como fazia para trabalhar já que a esposa é depressiva e apresentou várias vezes risco de suicídio. Disse-me que ele nunca a deixa sozinha e que tem duas filhas que moram ao lado de sua casa sendo que uma cuida a mãe pela parte da manhã e outra pela tarde. Fez um desabafo para o grupo que quando as meninas eram pequenas, certa vez a esposa colocou álcool na cabeça de uma das meninas e pôs uma sacola plástica envolvida na cabeça da criança, a outra filha correu e pediu socorro e graças a esta menina nada de grave ocorreu, mas ele não descuidava da esposa. Comentou que a convidava para sair, mas que ela não o acompanha e diz que quer ficar em casa.

**4-Familiar Azul Escuro** – É sobrinha de um paciente que se nega a vir para o CAPS. A família nem sempre consegue participar devido ao trabalho. A cuidadora do PTM é doente, mas todo o dia leva alimentação e remédios para o portador. Ele mora sozinho em uma casa em péssimo estado de conservação. Um dos maiores problemas relatados pela sobrinha foi a questão da higiene que o paciente se nega a fazer, sendo necessário três ou mais pessoas para conseguirem dar-lhe banho. A família vem até o CAPS, mais com o objetivo de conseguirem medicação.

**5-Familiar Verde Escuro** - Esta senhora disse-me que nunca havia sido convidada a participar de grupo, mas que tinha gostado muito e que sempre que fosse convidada se faria presente. Fiquei muito feliz, pois, ao fazer a visita para convidá-la percebi a pobreza na qual vive, não tendo roupa e nem calçados para usar. Ela veio para reunião com roupa velha, limpa, com chinelos de dedo. Falava de seu jeito simples, sorrindo sem dentes, com os cabelos sem corte, mas nem por isso deixou de opinar. Comentou sobre seu filho que

ninguém na sua casa conversa com ele, que ele é rude para com ela, mas ela não dá importância, pois sabe que ele é doente e precisa de ajuda. Quando ouviu comentários sobre medicamentos ela logo falou que seu filho se medica, que cuida pelo relógio a hora de tomar os remédios.

**6-Familiar Violeta** - Relatou que às vezes vem, mas tem preguiça e vai deixando de um dia para outro e acaba não vindo nas reuniões promovidas pelo CAPS. Em sua residência mora ele e a PTM.

Conforme visitas domiciliares realizadas pelo CAPS em outras ocasiões, sabe-se que o familiar é alcoolista, diz que está sóbrio a nove anos, participa de reuniões dos Alcoólicos Anônimos e não trabalha, apesar de ser um homem com boa saúde .

**7-Familiar Vermelho** - Diz que agora pode vir para a reunião porque está desempregado e no Seguro Desemprego. É filho de uma paciente portadora de Esquizofrenia e relata que não sabia das reuniões, ou seja, não havia sido convidado, mas sempre que possível irá participar. Comentou que conhece quando sua mãe vai entrar em crise, ou seja, que ela fica muito falante e que ri muito, e quando está em crise é agressiva, principalmente com as pessoas mais próximas. A PTM reside com os dois filhos que cuidam de seus medicamentos. O familiar comentou que já houve época que sua mãe não queria tomar os medicamentos, pois dizia que estava engordando.

**8-Familiar Branco** - Este senhor logo foi dizendo “eu vou ser sincero, não venho porque tenho preguiça”. Todos os componentes do grupo riram, mas logo alguns concordaram que não participam por preguiça. Ele cuida da filha que, após ter tido meningite, apresentou distúrbios mentais, sendo muitas vezes internada por ser agressiva. Diz o pai que ela entra em crise, geralmente, próximo do natal e que adora ganhar presentes, mas que também gosta de distribuir tudo o que tem.

**9-Familiar Laranja** - Ao comentar porque não participava informa que não foi convidada. É uma senhora idosa, com dificuldade respiratória (asma). Trouxe junto a sua neta. Estava bem à vontade e contou ao grupo que sua filha é PTM e que, no momento que saiu de casa para vir ao grupo a filha queria vir junto. Ela disse que na próxima semana seria a vez dela participar. Interessante que quando fui fazer a visita domiciliar para convidar a família a participar, esta moça me abraçou e disse: eu vou aos teus grupos. Tive a impressão que ela estava carente e precisando sair de casa.

**10- Familiar amarelo escuro** - Diz que não consegue vir devido ao trabalho e que o seu portador mora sozinho. A família fornece para o mesmo a alimentação, paga luz e água

etc.

Para finalizar, foram colocados no cartaz os motivos que levam os familiares das pessoas portadores de transtorno mentais, a não participarem das atividades implementadas pelo CAPS. Foi solicitado para que os mesmos refletissem sobre os seus motivos e que no terceiro encontro, eles apontariam as possíveis soluções para os problemas mencionados.

Finalizei o grupo com a mensagem “Nó de carinho”, a qual salienta que mesmo não presentes nós podemos transmitir carinho, afeto, amor, segurança para os nossos portadores de transtornos mentais.

Palavras geradoras da questão norteadora: **O porquê o familiar não estava acompanhando os projetos implementados pelo CAPS? – Trabalho – Doença - Falta de convite - Desmotivação.**

## **PARTILHANDO DO SEGUNDO ENCONTRO - “Eu na Família”**

**Local:** CAPS

**Sujeitos:** Portadores de Transtornos mentais

**Data:** 07-06-2005

**Horário:** 14 horas

**Objetivo:** Integrar todos os participantes e sondar como o Portador de Transtorno Mental percebe a sua relação com os seus familiares.

Às 14 horas começamos a reunião. Compareceram sete pessoas, sendo um homem e seis mulheres. Dando andamento ao encontro coloquei os objetivos e também fiz minha apresentação. Expliquei a todos que aquele grupo que estava sendo implementado para fins de estudo, junto a Universidade Federal de Santa Catarina e, sendo assim, a programação prevista era de 4 grupos, sendo este o segundo e que eles estavam sendo convidados para participarem dos demais, ou seja, do terceiro e quarto encontros.

Foi feito um relato do encontro anterior, ou seja, o encontro com seus familiares. Comentei sobre a importância do familiar comparecer ao CAPS, e que a vinda deles demonstrou o afeto e o carinho para com eles.

Partindo do meu objetivo prioritário, que era saber o motivo pelo qual os familiares não estavam participando dos projetos terapêuticos implementados pelo CAPS, lancei a pergunta a cada portador de doença mental ali presente, “Você sabe, porque seu familiar, não

vem ao CAPS?”, na medida em que se apresentavam para os demais, eles iam falando o motivo do não comparecimento, a grande maioria obteve sucesso em suas reflexões, sendo que dos 7 presentes, três não tinham clareza de suas colocações. O portador violeta, branco e o laranja.

**Portador Laranja** - disse estar muito abatida, com sono e preguiça, foi logo explicando que havia perdido 20 Kg de massa corporal, pois o medicamento Haldol, fez com que aumentasse o seu peso, e sua pressão arterial estava alta, tendo o médico pedido para que ela fizesse regime. Na ocasião, fez consulta com o clínico do CAPS, o qual solicitou exame de sangue, constatando anemia. Está tomando medicamento, e no momento sentia sono não sabendo o que sua mãe havia falado.

**O portador Branco** é uma portadora que não conseguiu refletir sobre o que seu pai havia falado, ela comentou, mas o “pai vem sempre”, só que isto não é verdade, o familiar Branco, no primeiro encontro foi dizendo que tinha preguiça sendo que imediatamente falei com os profissionais do CAPS, que colocaram que a PTM mora só com o pai, e que ele não a traz para o CAPS, cuja participação seria de suma importância para a mesma uma vez que vive sozinha, sendo muito importante para ela ter contato com outras pessoas.

Prosseguindo o encontro forneci aos participantes folhas em branco, para que eles desenhassem como se sentiam junto às suas famílias, sendo que para meu espanto, duas portadoras (Laranja e Azul claro) foram logo dizendo que não gostavam de desenhar, então forneci gravuras para recortarem.

Após terem desenhado, fixei os desenhos no isopor pintado, e começando a fazer um exercício de reflexão em cima das imagens produzidas pelos portadores de transtorno mental.

**Portador Branco** - No seu desenho haviam, flores, frutas, estrelas, passarinhos e o que me chamou a atenção era um objeto que não conseguia decifrar, então lhe perguntei o que era, e ela respondeu, uma peteca, retornei a perguntar o que representava a peteca para ela, lembro de quando eu era pequena, e brincava com a peteca, mas que hoje não existe mais e as crianças não conhecem e nem sabem brincar com ela. O portador branco levantou-se e demonstrou como se brincava com a peteca. Outra constatação feita é que esta paciente é obesa e, portanto, deverá ter alguns cuidados com a nutrição, pelo desenho demonstra que gosta de frutas, não sei se ela tem acesso a esse tipo de alimento.

**Portador Verde Claro** - Foi o desenho mais expressivo e triste que pude observar durante o encontro, a PTM desenhou uma árvore com ela sentada em uma cadeira, do outro lado da árvore uma cama e ela deitada sozinha com um braço levantado. Pedi para que a

mesma refletisse sobre seu desenho e ela foi logo dizendo, não gosto de ficar perto de outras pessoas, prefiro ficar só, estou com câncer na minha bochecha, mostrando o local para os demais integrantes do grupo, e começou a chorar ao mesmo tempo a **Portadora Azul Claro**, também se mostrou chorosa, abaixou os olhos e, neste momento, pedi ao grupo que falassem sobre como poderiam ajudá-la a se sentir melhor nesta situação, o único participante masculino foi logo dizendo que ela deveria sair, falar com outras pessoas, ela respondeu-lhe que até as filhas dizem que ela é louca, neste momento eu intervi e perguntei aos demais se seus familiares também diziam que eles eram loucos, todos afirmaram que em algum momento de suas vidas foram estigmatizados, pela família, amigos ou até mesmo pela vizinhança.

Para amenizar as citações, fiz uma reflexão junto ao grupo de que tínhamos um participante que era portador de hepatite, que todas as patologias afetavam algum órgão, que a doença mental afetava o comportamento, e que as pessoas deveriam ser mais bem informadas a respeito do transtorno mental. Dirigi-me à Portadora Verde Claro e comentei que quando sua filha dissesse que ela era louca, deveria dizer que mesmo sendo louca ela era sua mãe, e lhe falasse que os pais amam seus filhos, indaguei a ela se estava com raiva da sua filha, ela respondeu negativamente.

**Portador Azul claro** - Foi uma das participantes que não quis fazer um desenho, e achou relevante colar no papel uma mulher muito bonita, elegante e bem vestida, arrumando uma mesa muita bem posta, com talheres, copos e pratos combinando com suas roupas. Ao refletir sobre a escolha, relatou que adora mesa bem posta, e andar bem vestida, e que seu marido lhe ajuda nas tarefas domésticas, e disse ser boa dona de casa. Ainda relatou que tem dois filhos, uma menina e um guri e que muitas vezes ela fica chateada, pois eles querem comer em frente à televisão.

**Portador Violeta** – No seu desenho colocou uma casa, árvore e um rio com um barco e uma flor dentro do barco, ao perguntar sobre o barco disse ter medo de água, indaguei então você vai viajar? Respondeu não, e então essa flor dentro do barco, ela logo respondeu isto representa a felicidade.

**Portador Vermelho** – Desenhou frutas, as quais disse que gosta de comer e flores para enfeitar a casa, e que tem dois filhos que moram com ela e gosta da casa arrumada.

**Portador Laranja** – Foi outro que não quis desenhar, e escolheu uma gravura de um barco contendo caixas com cores variadas, e não conseguiu relatar o motivo que a fez escolher aquela imagem.

**Portador Verde Escuro** – Quando forneci o papel em branco para desenhar, perguntou se podia escrever, eu falei podem fazer o que quiserem na folha, então ele escreveu me sinto bem melhor, e desenhou uma casa e duas árvores.

Palavras geradoras em relação a como os pacientes se sentiam junto às suas famílias:  
**Acolhimento – medo - bem estar.**

No momento seguinte foi colocada uma mensagem sobre a amizade e após, realizada uma reflexão com todos os participantes.

**O portador Branco** relatou que na casa dela vão muitas pessoas, só quando há festas, e que não tem amigos, mora só com o pai.

Quando foi perguntado ao **Portador Vermelho** disse receber muitas pessoas em sua casa, mas o **Portador Verde Escuro** fugiu do assunto abordado e foi colocando que toma seus medicamentos sozinho, cuidando dos horários (11 comprimidos por dia) e que tem muito sono, os outros já começaram a falar sobre medicamentos, e ao citar o Haldol todos comentaram que estavam usando uns em comprimidos e outros injetáveis.

Como estavam falando em medicamentos aproveitei a oportunidade para saber se eles já haviam sido internados alguma vez em hospital psiquiátrico, e para minha surpresa apenas uma não havia ido para a clínica psiquiátrica de Ana Rech em Caxias do Sul, que é referência para a nossa região, portanto seis tinham sido internados, e foi unânime o relato de como é horrível ter que ir para o Hospital Psiquiátrico, havendo narração de como foram levados. A **Portadora Azul Claro** disse, eu também fui, meu marido chamou a polícia para me levar, isto é muito triste, meu próprio marido.

**O portador Verde Escuro** relatou que o vizinho chamou a polícia porque ele jogou um tijolo na casa dele, e eu perguntei qual o motivo dele ter feito isso, ele respondeu que o vizinho estava fazendo bruxaria para ele, e que não havia necessidade de internação pois ele só tinha fraqueza do corpo, e não era louco. O melhor é ficar internado aqui no hospital da cidade, lá em Caxias tem que levantar cedo lá pelas 7 horas da manhã e só pode dormir às 8 horas da noite.

**Portador Vermelho** apontou que quando estava no Hospital Psiquiátrico, tinha que arrumar as camas, limpar as mesas, e a comida não era boa, mas ainda bem que tinha uma lancheria para comprar lanches, e cigarro.

**Portador Laranja** - prefiro morrer a ir para a Clínica Psiquiátrica de novo.

Após foram fornecidos balões brancos e explicado aos PTM, que escrevessem palavras que mostrassem às outras pessoas o que eles mais desejavam neste momento, e num

segundo momento essas palavras seriam colocadas dentro dos balões que seriam enchidos de ar e após nós os largaríamos.

**As palavras geradoras da questão norteadora:** O que eles desejavam para as pessoas de sua comunidade naquele momento: Paz (3 vezes), Amor (2 vezes), dinheiro, saúde, felicidade, bem.

### **PARTILHANDO DO TERCEIRO ENCONTRO - “Acreditar e Agir”**

**LOCAL:** CAPS

**DATA:** 14/07/2005

**HORÁRIO:** 14 horas

**SUJEITOS:** Familiares e PTM

**Objetivo do Encontro:** Apresentação das atividades do encontro anterior, ou seja, como os portadores se sentiam junto à suas famílias.

No princípio do encontro, foi feita uma retrospectiva do primeiro e segundo encontros, salientando que no primeiro grupo apenas os familiares haviam comparecido, e o segundo encontro foi com os portadores, este que era o terceiro encontro e estava se dando com familiares e PTM. Devido estarem juntos procurei realizar com todos uma reflexão do que havia acontecido nos grupos anteriores, através de uma retomada dos assuntos abordados.

Iniciei mostrando aos familiares os desenhos realizados pelos PTM e a seguir cada familiar comentou o que os seus portadores haviam desenhado e a relevância do mesmo em suas vidas. Logo após, coloquei uma mensagem sobre a gratidão, depois de ouvi-la, pedi para que os participantes do grupo relatassem o que haviam entendido sobre a mensagem.

**O familiar do portador Branco** fez uma reflexão, na qual comparava com um trecho da bíblia que tinha como título a oferta da viúva pobre, ou seja, que em uma oferenda esta senhora havia colocado apenas uma moeda de oferta e que os outros ofertaram muitas moedas, então Jesus falou que ela tinha dado com amor e que os outros tinham dado o que lhes havia sobrado.

**O familiar do portador Violeta** fez um comentário que a gratidão não é dar dinheiro, mas sim é compreensão, compartilhar, e que até na família existem disputas e quando se têm problemas a melhor solução é dividir com os outros para diminuir o sofrimento.

**O familiar do portador Vermelho** comentou que a gratidão é dar algo sem pedir nada em troca, e que no mundo em que vivemos existem poucos que se preocupam com as pessoas, que a grande maioria procura tirar proveito das situações.

Depois de ouvir os comentários a respeito da mensagem sobre a gratidão, dirigi-me até a parede onde havia colado um cartaz, que tinha um rio, uma casa em uma margem do rio, e o CAPS na outra margem, com vários barquinhos sobre o rio. Eu lancei uma pergunta aos familiares, que após as colocações no primeiro encontro, ou seja, os motivos que levavam à não participação dos projetos terapêuticos do CAPS, o que eles trariam como possível solução para os problemas levantados. A partir desse momento cada participante recebeu um papel em branco para colocar uma palavra que seria a solução do problema levantado no primeiro encontro.

**O familiar do portador branco** que havia mencionado no primeiro encontro não vir ao CAPS, por preguiça, disse que é fácil largar ela e brincou que ele a tinha uma vez por ano e que a preguiça já tinha ido embora.

**O familiar do portador vermelho**, que disse não vir por falta de convite, comentou que naquela tarde foi sua mãe que o lembrou do grupo, pois estava pensando em ir pescar, mas a mãe o fez comparecer, e disse estar gostando de participar, sempre que possível quer vir e trazer o outro irmão.

**O familiar do portador azul claro**, que não comparece devido a estar envolvido com doença e atividades domésticas, relatou que às vezes tem vontade de largar tudo, mas vindo ao grupo ele percebeu que seus problemas são poucos em relação aos demais e que ele precisa participar mais.

**O familiar do portador verde claro** que veio nas duas reuniões e trabalha como pedreiro, diz que sempre que for chamado virá participar dos encontros, mesmo deixando de ganhar dinheiro, foi então que perguntei o que ele achava a respeito das falas do grupo com referência à sua esposa, que no momento estava passando por uma situação muito triste (câncer na bochecha) ele respondeu eu acho muito bom, ela precisa de pessoas como vocês que ajudem ela e baixou a cabeça se mostrando muito triste.

**O familiar do portador violeta** para quebrar a tristeza ao lhe indagar como iria largar a preguiça para vir ao CAPS, logo foi falando vou pegar meu barquinho, os dois remos e começar a remar neste rio para chegar até aqui. Eu, para brincar com ele disse, mas a sua esposa tem medo de água, ele retrucou, ela vem pela terra e eu pela água, todos riram e o encontro continuou.

**O familiar azul escuro** como é servidora estadual e técnica de enfermagem, não participa devido ao trabalho, mas se propõe a vir quando possível, quando sua mãe não puder comparecer alguém da família virá. No momento a sua mãe está doente e, assim, ela sobrinha do portador está comparecendo, sendo que o PTM se nega em vir para os grupos do CAPS.

Para finalizar, foi entregue um convite para cada participante, sendo colocado a eles que no próximo encontro se fariam presentes três funcionários do CAPS, com a finalidade de apresentarem as atividades implementadas pelo serviço.

### **PARTILHANDO DO QUARTO ENCONTRO: “Vamos pipocar”**

Local: **CAPS**

Horário: **14 horas**

Data: 21 de junho de 2005

Sujeitos: **Familiar, Portador de Transtorno Mental e Funcionários do CAPS.**

Objetivo do encontro: **Apresentar ao CAPS, o desenrolar dos grupos anteriores, ou seja, os porquês dos familiares não estarem comparecendo às atividades implementadas pelo CAPS, bem como apresentar aos Portadores e familiares todas as programações realizadas pelo CAPS.**

Precisamente às 14hs, iniciamos o grupo de Convivência com seis familiares, cinco PTM e a Assistente Social que coordena o CAPS, esclareço que no projeto Assistencial, tínhamos colocado que se fariam presentes 3 profissionais do CAPS, mas quando chegou o dia do encontro, havia sido marcado treinamento para alguns, e o serviço estava com um número reduzido de funcionários, inviabilizando assim a participação dos demais.

Dando início relatei aos presentes o objetivo deste quarto grupo de convivência, que era o de apresentar o CAPS para todos os integrantes do grupo, bem como relatar à coordenadora do CAPS o que havíamos realizado nos encontros anteriores. Retrocedendo ao primeiro encontro trouxe à tona a questão dos familiares não aderirem aos projetos terapêuticos implementados pelo CAPS.

Solicitei aos participantes falarem sobre a não participação dos projetos no CAPS:

**Familiar Branco** – Ela é uma PTM muito confusa, quando se pergunta a idade ela diz, 14 anos outra vez 20 e na verdade ela tem 41 anos. Neste início de grupo o seu pai não estava presente, pois havia ido buscar medicamentos no posto de saúde, eu perguntei a ela o porquê de não comparecer ao CAPS, ela disse que seu pai não a deixava, e comentou que brigou no CAPS. Neste momento a coordenadora concordou que ela realmente havia batido em alguém, pois é uma paciente agressiva, sendo que a portadora retornou a falar: “eu tenho medo de apanhar”, a coordenadora então perguntou, mas alguém bateu em você aqui no CAPS?, ela falou não, mas percebe-se que ela não tem clareza do que fala. Ela mora sozinha com o pai e este não a deixa sair de casa.

**Familiar Azul escuro** – Esta moça é sobrinha de um Portador de Esquizofrenia, e ela relatou novamente o problema da mãe doente e que a mesma estava internada uns dias a partir desse problema, seu tio começou a não se alimentar e não queria tomar os medicamentos, isto demonstra a importância desse familiar no sentido do fornecimento da medicação.

**Portadora Verde Claro** - Neste encontro o marido não pode se fazer presente, ele é pedreiro, e como era um dia com sol tinha muito trabalho fazendo concreto em uma obra, mas a portadora comentou que ele gostou muito de participar chegando até falar em casa com as filhas da importância delas participarem do grupo, para que consigam compreendê-lo melhor.

**Familiar da violeta** – Participou de todos os encontros e relatou que a solução é começar a vir, e que criando o hábito de participar dos grupos estes se tornaram uma programação como as demais.

**Familiar Vermelho** – Como não havia sido convidado, ele fez um comentário que agora ficou mais fácil de participar, devido ao esclarecimento sobre os grupos existentes, podendo assim se fazer presente.

**Familiar Azul Claro** – Retornou a falar sobre as questões do não comparecimento, que era devido às tarefas domésticas, e devido à sua doença (Hepatite C), que a partir desse grupo de convivência ele iria se comprometer em participar das atividades no CAPS.

Neste momento lancei o questionamento sobre o que eles sentiram ao participarem desse grupo de Convivência, que se desenvolveu junto ao CAPS.

**O familiar Violeta** disse é muito bom, melhora a auto-estima, um aprende com o outro, e a gente vê que nossos problemas são pequenos em relação aos das outras pessoas.

**O familiar Azul Escuro** relatou que gostou muito de ter participado, mas que gostaria que o seu tio viesse ao CAPS, sendo ele um portador muito difícil de tratar, mora sozinho e até o momento ninguém conseguiu convencê-lo de vir ao CAPS, a sobrinha do PTM colocou que uma das maiores dificuldades encontradas pela família é em relação à higienização.

Após estes relatos foi colocado um CD com a música “A oração das famílias”, fornecemos aos participantes a letra da música, e todos cantaram juntos, foi muito bonito. Ao terminar falamos da importância que a família tem para o CAPS, para o Portador, bem como para todos os profissionais que atuam junto aos usuários e que sem a família nós não seríamos ninguém. Que eles eram a ponte que nos unia e para conseguirmos dar um tratamento mais digno para os PTM, a participação efetiva das famílias é de suma importância que assim sendo a sociedade também, iria ter um olhar desprovido de preconceitos para com os PTM, evitando desta forma, o estigma de serem segregados pela comunidade em que vivem.

Em seguida, pedi à coordenadora do CAPS, para nos esclarecer sobre os projetos terapêuticos que estavam sendo realizados no CAPS deste município.

No início ela falou “quando o CAPS chama a família não é para cobrar, precisamos dar orientações, saber como está a vida de vocês no lar” e, a partir dessa fala houve um relato das atividades realizadas no CAPS, durante a semana.

A coordenadora colocou que o CAPS foi criado neste município há dois anos e meio, e está preparado para ficar com os PTM das 8 horas às 18 horas, nós não gostamos de amarrar ninguém. Temos o serviço de assistência social, mas muita gente vem até aqui com outros interesses, ou seja, pegar atestados e o objetivo não é este e sim cuidar e não maltratar os portadores.

Foi solicitado ao familiar branco que era importante a vinda da sua filha ao CAPS, e durante o diálogo ficamos sabendo que ela não tem o passe livre do ônibus urbano para o deslocamento. Neste momento já ficou acertado que o familiar, traria a identidade, duas fotos e comprovante de residência para que o CAPS providenciasse a carteira de ônibus, e esperamos que após estas atividades grupais ela venha a participar com mais frequência, bem como o seu familiar que demonstra resistência em relação a vir aos grupos de familiares já existentes.

O familiar azul claro se dispôs a participar do grupo de Familiares, que se realiza nas segundas-feiras às 13.30s no CAPS, e também quer vir nas reuniões da Associação.

O familiar vermelho, igualmente, esclareceu que sua mãe também não possui a carteira de ônibus, foram solicitados a ela, os documentos para as providencias, e assim ela se comprometeu a começar a participar das oficinas, pois nem o portador e familiar não participam das atividades realizadas pelo serviço, o familiar disse que irá participar do grupo de familiares.

O familiar violeta da mesma forma se comprometeu em começar a frequentar um dos grupos que já estão em funcionamento, ou seja, na segunda-feira às 13:30 horas e nas quartas-feiras às 8:30 horas .

A coordenadora do CAPS colocou aos participantes do grupo que uma vez por mês, fazem um encontro no qual se reúnem os dois grupos para troca de idéias sobre seus portadores de transtorno mental.

O CAPS possui uma Associação, que é composta por familiares, amigos e portadores, a mesma foi fundada a partir de um problema detectado pelos seus usuários, ou seja, após confeccionar peças artesanais eles não podiam vendê-las pois era ilegal, assim se uniram criando uma associação, e após produzirem, eles vendem o que confeccionam nas feiras realizadas no município e com o lucro realizam viagens com todos os que participam das oficinas. Esta Associação se reúne uma vez por mês, para tratar assuntos referentes ao CAPS.

Para finalizar, foi ofertado à todas as famílias presentes um relógio, que gentilmente foi doado por um comerciante local, e então lancei a pergunta do porquê desse relógio, prontamente responderam é para não esquecermos do remédio, e eu prontamente falei, e também não esquecer de virem para o CAPS. Após foi servido um lanche, que além de todos os comes, havia pipoca que era o símbolo do nosso encontro “Vamos Pipocar”, e como é mês de junho veio ao encontro da temática junina.

Antes de me despedir de todos, comprometi-me de ir à suas casas para levar o cronograma das atividades realizadas pelo CAPS, para que eles consigam se adequar aos horários e dias de grupos, oficinas e demais programações.

**APÊNDICE B**  
**Autorização para desenvolvimento de estudo no CAPS**

**AUTORIZAÇÃO**

**De: Sonia Maria Costa da Silva**  
**Mestranda em enfermagem – UFSC**  
**À Coordenadora do CAPS**  
**Assunto: Solicitação**

Prezada Senhora Coordenadora

Vimos por intermédio desta solicitar à Vossa Senhoria, autorização para desenvolvermos um estudo no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), referente à dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo título é a Participação da Família na Assistência ao Portador de Transtorno Mental.

O referido estudo será realizado junto aos familiares de portadores de transtornos mentais. Trata-se de um trabalho sobre como conhecer a participação ou não participação dos familiares de portadores de transtornos mentais nas atividades implementadas pelo CAPS. Para tanto, contamos com a orientação do Profº Drº Jonas Salomão Spricigo.

Esperando desde já contar com o seu inestimável apoio, agradecemos antecipadamente.

Cordialmente

Mda. Sonia Maria Costa da Silva

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, ....., residente e domiciliado a Rua/Av.....  
Cidade....., Estado....., CEP.....  
RG....., **DECLARO** para os devidos fins que fui informado(a), de forma clara e detalhada, a respeito dos objetivos do trabalho “Participação da família na assistência ao portador de transtorno mental”. Fui informado que o mesmo está sendo conduzido pela mestrandia Sonia Maria Costa da Silva, sob a orientação do professor Jonas. S. Spricigo. Concordo em participar como informante, sendo que em qualquer momento desta pesquisa posso desistir de participar, sem que isto acarrete em qualquer penalidade ou prejuízo para mim. Deixo claro que tenho ciência de que será respeitada a condição de anonimato e sigilo por parte do pesquisador, preservando minha identidade pessoal. Dessa forma declaro, que autorizo o pesquisador a gravar as entrevistas que realizar comigo, e relatar em diário de campo as observações necessárias, bem como utilizar os dados coletados em seu estudo, também poderá divulgar em trabalhos acadêmicos e no meio científico. Tenho clareza que, caso me interesse, terei livre acesso aos resultados da pesquisa, entrando em contato com a enfermeira mestrandia Sonia Maria Costa da Silva pelos telefones: (51) 3748 0778; (51) 92155909 e-mail [sonicostas@bol.com.br](mailto:sonicostas@bol.com.br)- ou pelo endereço residencial: Rua Cristóvão Colombo, Nº 79, Bairro Campestre – Lajeado, RS. Diante do exposto eu declaro que concordo em participar desse estudo.

Entrevistado (a).....  
Mestrando.....  
Lajeado,.....

**APÊNDICE D**  
**Instrumento para coleta de dados a respeito do PTM e sua família**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS A RESPEITO DO PTM E SUA FAMÍLIA**

**TÍTULO DO ESTUDO: “PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL”**

Pesquisadora/entrevistadora: **Sonia Maria Costa da Silva**  
**Telefone para contato: (51) 37480778**

**Orientador: Prof. Dr. Jonas Spricigo**  
**Departamento de Saúde Mental – UFSC**  
**Telefone para contato: (48) 3319575**

**Entrevista nº.** \_\_\_\_\_

**Localização da residência:** ( ) urbana ( ) rural

**Quantas pessoas residem no domicílio:** \_\_\_\_\_

**Nome do familiar entrevistado** \_\_\_\_\_

**Nome do Portador de Transtorno Mental assistido pelo CAPS** \_\_\_\_\_

---

**Data do ingresso do PTM no CAPS** \_\_\_\_\_

**Forma de atendimento do PTM:**

( ) Intensivo ( ) Semi-intensivo ( ) Não Intensivo

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos do familiar entrevistado

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos do PTM assistido/CAPS

**Sexo do familiar**

( ) masculino ( ) feminino

**Sexo do PTM assistido:**

masculino  feminino

**Grau de parentesco do familiar para com o PTM:**

pai  irmão  irmã  filho  esposo(a)

Outros especificar: \_\_\_\_\_

**Estado civil do PTM**

solteiro  casado  viúvo  outros: \_\_\_\_\_

**Estado civil do Familiar:**

solteiro  casado  viúvo  outros: \_\_\_\_\_

Grau de instrução do familiar:

Nenhum  Ensino fundamental \_\_\_\_série

Ensino médio \_\_\_\_série

Ensino Superior:  Completo  Incompleto

**Grau de instrução do PTM assistido/CAPS:**

Nenhum  Ensino fundamental \_\_\_\_\_ série

ensino médio \_\_\_\_ série

ensino superior:  Completo  Incompleto

**Ocupação/Profissão do familiar:** \_\_\_\_\_

**Horário de trabalho do familiar:** \_\_\_\_\_

**Renda Familiar:**

não tem renda fixa

até 1 salário mínimo

de 2 a 3 salários mínimos

de 4 a 5 salários mínimos

mais de 5 salários mínimos

## **APÊNDICE E**

### **Entrevista realizada junto às famílias de portadores de transtorno mental**

#### **ENTREVISTA REALIZADA JUNTO ÀS FAMÍLIAS DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL**

- 1- Quais os motivos que levaram o seu Portador de transtorno Mental a participar dos projetos terapêuticos do CAPS?
  
- 2- Quantas vezes por semana o seu PTM participa das atividades terapêuticas do CAPS?
  
- 3- Como familiar de PTM o que você percebeu de mudanças na rotina diária do seu portador após a participação dos projetos do CAPS?
  
- 4- Quais as dificuldades como familiar você encontra para participar dos projetos terapêuticos do CAPS?
  
- 5- Quais os benefícios que a sua participação trouxe para a família?
  
- 6- Como os demais familiares percebem a sua participação nos projetos terapêuticos do CAPS?
  
- 7- Você conhece as atividades que o seu portador de transtorno mental participa no CAPS?

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### LEI Nº. 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

*Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.*

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência

integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada à continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser

realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

## **ANEXO 2**

### **PORTARIA/GM Nº. 336 - DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**

Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº. 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

#### 4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território.

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

#### 4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº. 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº. 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$ 52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS. JOSÉ SERRA