



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NATHÁLIA MARIA SILVA FERNANDES

**SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA DO CUIDADOR DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL ACOMPANHADO PELO CAPS III.**

CAMPINA GRANDE
2017

NATHÁLIA MARIA SILVA FERNANDES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Dr. Francisco de Sales Clementino.

CAMPINA GRANDE
2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro
Silva", CCBS - UFCG**

F363s

Fernandes, Nathália Maria Silva.

Sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador da pessoa com transtorno mental
acompanhado pelo CAPS III / Fernandes, Nathália Maria Silva. - PB: O autor, 2017.

67 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Francisco de Sales Clementino, Dr.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina
Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

BSTBS/CCBS/UFCG

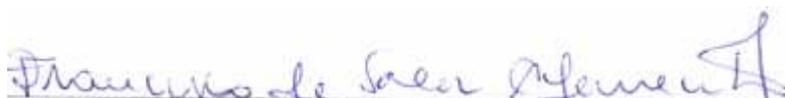
CDU 616-083:613.86 (813.3)

NATHÁLIA MARIA SILVA FERNANDES

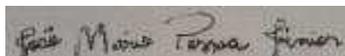
**SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA DO CUIDADOR DA PESSOA COM
TRANSTORNO MENTAL ACOMPANHADO PELO CAPS III.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências de
Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus I.

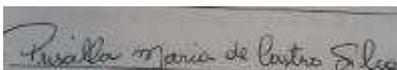
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino
CCBS-UFCG
Orientador – Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. João Mário Pessoa Junior
UFERSA
1º membro Examinador



Prof^a Dra. Priscila Maria de Castro Silva
CCBS-UFCG
2º membro Examinador

CAMPINA GRANDE

2017

Dedico este trabalho a todos que contribuíram de alguma forma com a minha caminhada. Serei eternamente grata a Deus, à minha família, aos meus amigos e aos mestres que tive o prazer de conhecer e trocar saberes ao longo desses cinco anos.

AGREDIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus pelo Seu amor incondicional por mim, pelas promessas que se cumpriram ao longo desses anos e pela compaixão durante os momentos mais difíceis.

Agradeço à minha família, Lúcia, Reginaldo, Nicolas e Severina, por serem a minha maior razão e fortaleza durante este período. Tudo para vocês e por vocês. Gratidão por terem acreditado em mim nos momentos mais turbulentos.

Aos meus avós, tios e primos que mesmo distantes, seguraram minha mão e caminharam junto comigo.

À minha madrinha Simone pelo seu amor e fonte de inspiração.

À minha tia Adelzina por ser espelho profissional para mim e por me apoiar desde sempre.

Às minhas amigas Amábili, Anna, Dayane, Ellen, Larissa, Márcia e Mairla que estiveram comigo desde o ensino médio e até hoje me sou fortalecida por esta amizade iluminada por Deus.

À minha querida e maravilhosa turma 2013.1, vocês foram excelentes companheiros de jornada. Dou graças a Deus por terem sido presentes nesta caminhada. Gratidão em particular pelas amizades de Ingrid, Larissa, Netinho e Mirelly, que são pessoas espetaculares. Deus me enviou vocês para tornar a graduação mais leve. Desejo todo amor e sucesso do mundo para vocês.

Às meninas Jéssica, Michele, Maíra e Bárbara pela amizade e cumplicidade mesmo na distância. Vocês acreditaram em mim a todo instante e seguraram minha mão nos momentos que eu mais precisei.

À UFCG, ao corpo docente e demais funcionários, sem vocês nada disso seria possível.

Às equipes da UBSF Ronaldo Cunha Lima e da Pediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro, por todo conhecimento passado e experiências que marcaram minha vivência acadêmica.

Ao meu orientador Sales, pela paciência e por acreditar em mim nos melhores e piores momentos que vivenciei na graduação. O senhor sempre será uma fonte de inspiração para alcançar meu sonho de ser professora.

Aos membros da minha banca...

*E por fim, a todos que fizeram parte da minha formação acadêmica e na realiz
deste sonho!*

FERNANDES, Nathália Maria Silva. **SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA DO CUIDADOR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ACOMPANHADO PELO CAPS III**. Campina Grande: UFCG, 2017. p. 67.

RESUMO

Influenciada pelo modelo italiano, a reforma psiquiátrica brasileira deu início ao processo de transformação da assistência aos portadores de sofrimento psíquico, baseada na desinstitucionalização e reorganização dos serviços. Neste contexto, surgiram serviços substitutivos diante do modelo manicomial, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial, que foram criados oficialmente pela Portaria GM nº 224/1992 e regulamentados pela Portaria GM nº 336/2002, com a missão de prestar atendimento em regime de atenção diária, promovendo a inserção social e familiar dos usuários através de ações intersetoriais. Além disso, a família da pessoa com transtorno mental, que por muito tempo foi excluída da assistência prestada, configura-se então, como principal eixo cuidador do indivíduo, atuando principalmente no planejamento das ações de cuidado. Trata-se de um estudo como o objetivo de analisar a sobrecarga objetiva e subjetiva, vivenciadas por cuidador familiar da pessoa com transtorno mental, acompanhado pelo CAPS III. Estudo descritivo de caráter qualitativo, desenvolvido no mês de setembro de 2017, no Centro de Atenção Psicossocial III, do município de Campina Grande, Paraíba. O universo do estudo foi constituído pelos familiares dos usuários cadastrados e atendidos pelo CAPS III, com idade igual ou superior a 18 anos, correspondente a um total de 42 familiares. Para tanto, utilizou-se para a coleta dos dados um questionário validado, elaborado para o estudo CAPSUL (Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil), envolvendo questões relacionadas à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo, e duas questões abertas referentes à sobrecarga e aspectos de melhoria do serviço substitutivo em saúde mental. Os instrumentos foram aplicados de acordo com a disponibilidade e interesse de cada participante do estudo, de forma privativa, nas dependências do serviço mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Quanto aos dados referentes à caracterização dos sujeitos, foram analisados na perspectiva da estatística descritiva (percentual) e apresentados em tabela, gráficos, dentre outros. No tocante aos dados qualitativos, foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin, culminando na elaboração de três categorias: A primeira categoria denominada “Sobrecarga objetiva: necessidades e desejos em segundo plano”, na qual emergiram duas subcategorias “Família: interrupções na vida social, profissional e as perdas financeiras”, e a subcategoria “A responsabilidade do cuidado ininterrupto”. A segunda categoria “Sobrecarga Subjetiva: reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador” compreendeu as subcategorias “O lidar com os sintomas e as limitações do paciente” e a “Sobrecarga familiar: estresse emocional e econômico, decorrentes da baixa renda do familiar”. A terceira categoria foi denominada “Desafios para o suporte e acolhimento do paciente e familiar no serviço”. Conclui-se que a presença da sobrecarga tanto objetiva quanto subjetiva provém de vários fatores que vão desde os problemas relacionados ao ambiente familiar, seja por questão financeira, social ou cultural; até indícios da fragilidade do CAPS III no tocante ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, estrutura física deficiente e falta de material. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, recebendo parecer favorável à sua execução com o protocolo nº 719.435.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Família. Sobrecarga.

FERNANDES, Nathália Maria Silva. **OBJECTIVE AND SUBJECTIVE OVERLOAD OF THE CAREGIVER OF THE PERSON WITH MENTAL DISORDER ASSISTED BY THE CAPS III.** Campina Grande: UFCG, 2017. p. 67.

ABSTRACT

Influenced by the Italian model, the Brazilian psychiatric reform initiated the process of transformation of assistance to the carriers of psychic suffering, based on the deinstitutionalization and reorganization of the services. In this context, substitutive services arose in front of the mental asylum model, among them the Psychosocial Care Centers, which were officially created by the Ministerial Ordinance no. 224/1992 and regulated by the Ministerial Ordinance no. 336/2002, with the mission to provide services in daily attention, promoting the social and family insertion of users through intersectoral actions. In addition, the family of the person with mental disorder, who for a long time was excluded from the assistance provided, is then configured as the main caregiver of the individual, acting primarily in the planning of the care actions. It is a study as the objective of analyze the objective and subjective overload, experienced by the family caregiver of the person with mental disorder, accompanied by the CAPS III. Descriptive study of qualitative character, developed in the month of September 2017, at the Psychosocial Care Center III, in the city of Campina Grande, Paraíba. The study universe was constituted by the family members of the users registered and attended by CAPS III, aged 18 years or more, corresponding to a total of 42 family members. For this, a validated questionnaire was used for collecting the data, elaborated for the study CAPSUL (Evaluation of the CAPS of the Southern Region of Brazil), involving questions related to the sociodemographic characterization of the study participants, and two open questions related to the overload and aspects of improving of the substitutive service in mental health. The instruments were applied in accordance with the availability and interest of each study participant, privately, in the dependencies of the service through the signing of the Free and Clarified Consent Term. As for the data relating to the characterization of subjects, they were analyzed in the perspective of descriptive statistics (percentage) and presented in table, graphs, among others. As regards qualitative data, they were submitted to the content analysis proposed by Bardin, culminating in the elaboration of two categories: the first category called "Objective overload: needs and desires in the background", in which three subcategories emerged "Family: interruptions in social, professional life and financial losses", and the subcategory "The responsibility of uninterrupted care". The second category "Subjective overload: emotional reaction of the family member relative to the role of caregiver" comprised the subcategories "The dealing with the patient's symptoms and limitations" and "Family overload: emotional and economic stress, arising from the low family income". The third category was called "Challenges for the support and reception of the patient and your family in the service". It is concluded that the presence of the overload both objective and subjective comes from several factors ranging from the problems related to the family environment, whether by financial, social or cultural issues; even indications of the fragility of CAPS III as regards the care provided by healthcare professionals, deficient physical structure and lack of material. The research was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Rio Grande do Norte, receiving a favorable ordenance to its implementation with protocol no. 719,435.

Keywords: Mental Health. Psychiatric Reform. Family. Overload.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental.....	14
TABELA 1 – Caracterização dos membros da família dos usuários que estão em tratamento no CAPS III de Campina Grande-PB.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de apresentação para Apreciação Ética
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro De Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSUL	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HD	Hospital-Dia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAENF	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E DESAFIOS	12
3.2 A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	15
3.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA SOBRECARGA FAMILIAR	18
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	22
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	23
4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS....	24
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	51
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
ANEXOS.....	57
ANEXO 1 - Questionário validado elaborado para o estudo CAPSUL	58
ANEXO 2 - Termo de Autorização para Uso de Instrumentos.....	61
ANEXO 3 - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	62

1 INTRODUÇÃO

Historicamente no Brasil, a assistência psiquiátrica e as políticas de atenção em álcool e outras drogas passaram por diversas transformações de cunho político, social, cultural, jurídico e científico, marcadas ora por avanços, reflexos de uma longa trajetória de lutas, ora por retrocessos centrados no estigma, desinteresse e preconceito que ainda permeiam a sociedade.

Neste sentido, a assistência voltada para os portadores de transtornos mentais limitou-se à internação prolongada, localizada nos hospícios, que conseqüentemente, distanciaram e isolaram os pacientes do seu meio social (GUIMARÃES et al., 2013). O conceito de loucura foi atribuído à possessão demoníaca e posteriormente teve seu reconhecimento como doença.

As instituições prestavam atendimentos pautados na desumanização do indivíduo portador de transtornos mentais. Até 1960, os medicamentos destinados ao tratamento psiquiátrico eram pouco eficazes no controle de sintomas, desta forma, os mesmos eram ofertados em alta dosagem a fim de atingir o domínio sob o quadro dos pacientes. Além disso, alguns métodos eram executados quando as medicações orais não faziam efeito, como por exemplo: a aplicação do cardiazol intravenoso para indução de convulsões; a administração de altas doses de insulina; a eletroconvulsoterapia; o uso de cubículos, camisa de força e faixas de tecido no leito, para isolar e conter os pacientes muito agitados ou agressivos, dentre outros procedimentos (GUIMARÃES et al., 2013).

Este cenário gerou revolta social que acabou dando início aos primeiros passos para o movimento da Reforma Psiquiátrica (FERREIRA, et al., 2016). Neste sentido, na década de 1970 no Brasil, os trabalhadores da saúde mental iniciaram um intenso Movimento da Luta Antimanicomial, que associado ao Movimento de Reforma Sanitária e da Psiquiátrica, chamam à atenção da sociedade para desconstrução do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos. Além disso, questionavam as políticas públicas de saúde mental e lutavam pelos direitos civis, trabalhando estratégias para o fim da exclusão social dessas pessoas, incluindo os indivíduos dependentes químicos (GOULART; DURÃES, 2010).

O movimento da luta Antimanicomial se iniciou em 1987 em Bauru, São Paulo, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, lançando a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”. De acordo com Amarante (2011), foi a partir deste evento que os familiares e os usuários passaram a participar, efetivamente, do movimento que antes era, predominantemente, de trabalhadores.

Influenciado pelo modelo de transformação italiano, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), apontou a desinstitucionalização como premissa fundamental na reorganização dos serviços e nas práticas de saúde mental em substituição ao modelo manicomial; caracterizada pela reestruturação dos serviços e dos processos de trabalho na atenção em saúde mental, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos usuários e seus familiares através da criação de espaços de produção de relações sociais e afetivas (GUIMARÃES, et al., 2013).

Em 1987, surge em São Paulo, o primeiro CAPS do país e dois anos após, uma intervenção realizada em um hospital psiquiátrico em Santos, se torna um fato marcante para a Reforma Psiquiátrica do país. Nesta perspectiva, a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. Além disso, alcançou-se no Brasil, em 1989, um importante passo para os portadores de doença mental, com o surgimento do Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado, que objetivava assegurar os direitos dos doentes mentais e promover o fim dos manicômios públicos e privados.

No ano de 2001, o projeto de Lei supracitado passou por mudanças e transformou-se na Lei nº 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual sustenta a eliminação gradativa dos manicômios e a substituição dos mesmos por novas modalidades de atendimento (MACIEL, 2012). A partir dos princípios elencados pela reforma e movimento antimanicomial, tem-se pretendido efetivar as diversas intervenções com a finalidade de reconstituir a identidade individual dos sujeitos (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2011).

Nesse contexto, os CAPS foram criados oficialmente pela Portaria GM nº 224/1992 e regulamentados pela Portaria GM nº 336/2002, com a missão de prestar atendimento em regime de atenção diária; promover a inserção social e familiar dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2013).

Sendo assim, a Rede de atenção psicossocial(RAPS) está constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia (HD), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Centros de Convivência e Cultura e pelo Programa “De volta pra casa”, Consultórios de Rua, com o objetivo de superar

o modelo tradicional da clínica psiquiátrica por uma concepção ampliada da atenção e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2012a).

Diferenciam-se uns dos outros pelo porte, capacidade e clientela atendida, organizando-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros em: CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento 24 horas; CAPSi – atendendo a clientela infanto-juvenil; CAPS ad – responsável pelo acompanhamento e atendimento dos usuários de álcool e drogas, bem como seus familiares (BRASIL, 2013).

Nesse campo, o trabalho em saúde mental passou a ser desenvolvido por uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiros, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, pedagogos, técnicos em enfermagem, arteterapeutas, entre outros. Além disso, esses profissionais devem trabalhar com perspectiva interdisciplinar, sendo responsáveis pela unidade durante todo o período de funcionamento, o que inclui criar uma ambiência terapêutica acolhedora (BRASIL, 2002).

Em decorrência da modificação na atenção à saúde mental ocorrida nas últimas décadas, a família do indivíduo com transtorno mental, por muito tempo, excluída da assistência prestada ao seu familiar, configura-se como protagonista do cuidado, pois muitas pessoas que eram tratadas em instituições fechadas hoje convivem diariamente com seus familiares e cuidadores, no domicílio (BRISCHILIARI et al., 2014). Essa preocupação de inserção da família no cuidado reflete uma rede a ser constituída com diversos atores, em que o cuidar se constrói por meio do comprometimento e da implicação com o outro. Dessa forma, é necessário reconhecer o outro como sujeito, e não como objeto de intervenção (YASUI, 2010).

Estudo realizado por Covelo; Badaró-Moreira (2015), na cidade de Santos-SP, com usuários e familiares de um CAPS, modalidade III, pode-se concluir como a participação da família no cuidado do indivíduo com transtorno mental é fundamental na atenção psicossocial. Contudo, a maioria dos familiares desconhece a importância de sua participação e como podem ativar laços com dispositivos sociais apoiadores no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica não deve representar apenas o processo da desinstitucionalização, mas também assegurar que o novo modelo assistencial atenda à demanda com recursos adequados, desconstruindo a cultura manicomial e incentivando a socialização do usuário, mediante a adaptação familiar e social (CALGARO; SOUZA, 2009).

O olhar do cuidador familiar pode contribuir para o planejamento e a avaliação do que é ofertado pelo serviço de saúde mental, bem como auxiliar os gestores no desenvolvimento de projetos e ações que venham a colaborar para uma assistência de qualidade (SANTOS; CARDOSO, 2014).

Espera-se com isso que o atendimento se estenda ao eixo familiar numa perspectiva terapêutica, preventiva, personalizada e de reabilitação nos diferentes serviços de atenção ao processo saúde-doença mental, o qual deve incluir noções de liberdade e autonomia (AZEVEDO, 2008). O encontro da família com o serviço traz a possibilidade de criação de espaços onde se podem tecer laços rompedores de linearidades e reducionismos da vida (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

Percebe-se que o cuidado no âmbito da atenção à saúde mental a partir do advento da Reforma Psiquiátrica, vem sendo construído por avanços, contradições e paradoxos que encerram uma clínica permeada por ideais políticos, científicos, sociais e éticos. Para Leão e Barros (2008), se por um lado temos os progressos no processo da Reforma Psiquiátrica, por outro, estão presentes os problemas decorrentes dessa nova modalidade de assistência, que devem ser questionados e problematizados em busca de respostas sempre parciais, dada a dinamicidade da realidade, comprometendo assim todo o processo de desenvolvimento das potencialidades do sujeito, reconstrução dos vínculos familiares, sociais e comunitários.

O diferencial na forma de atendimento nos CAPS é a atenção com enfoque psicossocial, que considera os usuários como protagonistas de seu tratamento, respeitando a peculiaridade de cada um e favorecendo o exercício de sua cidadania. A assistência não se limita ao transtorno mental ou à doença, mas tem como foco o sujeito e a busca pela atenção à saúde integral de seus usuários e familiares, ofertando atendimento: nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer, dentre outras (BRASIL, 2012b; 2004).

Embora as Diretrizes da Reforma Psiquiátrica considere a participação do familiar como relevante na reabilitação do Portador de sofrimento psíquico, pesquisa realizada por Vasconcelos (2008) com familiares e usuários, chama atenção quanto à necessidade de se trabalhar os preceitos e conquistas na atenção em saúde mental e de se promover o empoderamento, como estratégias de fortalecimento da autonomia da família, uma vez que a desinformação sobre o sofrimento psíquico causa desentendimentos na família como um todo, por ela não entender o comportamento do usuário de saúde mental e cobrar que ele tenha funções para as quais não se sente apto (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

Enquanto futura enfermeira, apoio a necessidade de realizar estudos como este, com o objetivo de cooperar no fortalecimento dos serviços de saúde mental, possibilitando a inserção da família como ferramenta primordial diante da melhoria na qualidade assistencial ao usuário com transtornos mentais. A motivação em construir o presente estudo iniciou bem antes de ter o contato com o Conteúdo Curricular “Saúde Mental”, ofertada na graduação, pois sempre foi uma área de conhecimento que despertou interesse. Antes de cursá-la, surgiu a oportunidade de participar de um grupo de estudo e da coleta de dados de uma Pesquisa de Doutorado, que percorreu a linha temática de avaliação dos Serviços Substitutivos em Saúde mental, na perspectiva dos CAPS's. Após contato teórico e prático com a disciplina supracitada, tive a certeza que queria pesquisar, construir e refletir acerca da realidade da Saúde Mental neste município.

Espera-se com isso que o atendimento se estenda ao eixo familiar numa perspectiva terapêutica, preventiva, personalizada e de reabilitação nos diferentes serviços de atenção ao processo saúde-doença mental, o qual deve incluir noções de liberdade e autonomia (AZEVEDO, 2008). O encontro da família com o serviço traz a possibilidade de criação de espaços onde se podem tecer laços rompedores de linearidades e reducionismos da vida (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

É incontestável a valiosa contribuição que este trabalho somará à ciência da enfermagem no âmbito da saúde mental, bem como na construção de políticas públicas. Reconhecer as necessidades dos usuários nos serviços substitutivos aliado à inserção do cuidador familiar no processo terapêutico juntamente com uma equipe multiprofissional, culminará em possíveis avanços nos serviços. Dar voz para aqueles, que por muito tempo, foram distanciados do portador de transtornos mentais, influenciará positivamente na qualidade da assistência dos Centros de Atenção Psicossocial.

Face ao exposto, construíram-se os seguintes questionamentos: Qual o perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores dos usuários com transtornos mentais? Este cuidador familiar se encontra sobrecarregado com o cuidado prestado pelo mesmo, ao usuário? Existem fatores considerados como obstáculos no que diz respeito ao atendimento prestado no CAPS III? Tais fatores se classificam enquanto sobrecargas subjetiva e objetiva?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a sobrecarga objetiva e subjetiva, vivenciadas por cuidador familiar da pessoa com transtorno mental acompanhado pelo CAPS III.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o familiar dos usuários com transtornos mentais atendidos no CAPS III segundo variáveis sociodemográficas;
- Identificar os fatores relacionados à sobrecarga objetiva vivenciados por cuidador familiar da pessoa com transtorno mental;
- Identificar os fatores relacionados à sobrecarga subjetiva vivenciados por cuidador familiar da pessoa com transtorno mental;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na reforma psiquiátrica brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção (BRASIL, 2005).

Nesta perspectiva, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Define-a como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b, p. 1)”.

Adota-se a ideia de que uma rede de cuidados no âmbito da micropolítica se forma por fluxos entre os próprios trabalhadores, que no ambiente de trabalho estabelecem conexões entre si. Estas redes são ativadas e se mantêm funcionando pelos trabalhadores, e seu funcionamento acontece mediante um determinado projeto terapêutico (FRANCO, 2006).

A partir da Base legal supracitada, redes temáticas foram priorizadas com a pactuação Tripartite: a Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a).

Nesta perspectiva, em 2011, foi instituída pela portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, visando a garantia da articulação entre os serviços de saúde do território e a qualidade da assistência em todas as complexidades (BRASIL, 2011).

As diretrizes da RAPS estão pautadas sob a lógica da oferta de cuidado integral voltadas para as necessidades das pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas, promovendo a equidade e organizando os serviços estabelecendo ações intersetoriais e sob lógica interdisciplinar, garantindo a autonomia e o exercício da cidadania do indivíduo (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, o que se almeja não é simplesmente a transferência da pessoa com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. Espera-se, portanto, o resgate ou o estabelecimento da

sua cidadania, ou seja, “o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51)”.

Os profissionais da AB devem conhecer a linha de cuidado em saúde mental planejada para seu território, isto é, devem saber de antemão a que profissionais podem recorrer para discutir os casos mais complexos, sejam eles do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), equipes especializadas em saúde mental lotadas em UBS, ou outros serviços de Saúde) (BRASIL, 2013).

Além disso, há que se estar atento à exclusão que o grupo de usuários com sofrimentos/transtornos mentais sofre, tendo a maioria de seus direitos negados por um processo histórico de invisibilidade, preconceitos e estigmas. Assim, a busca de uma integração entre os diversos serviços – em um processo de aproximação e construção comum entre as equipes de Atenção Básica, CAPS, outros serviços de saúde, assim como de outros equipamentos do território – deve ser instituída e sustentada com o vigor necessário (BRASIL, 2013).

Assim (WETZEL, et al., 2014), chama a atenção quanto a importância de se conhecer a rede, tendo em vista que contemplar os usuários e a família nos serviços de saúde, a partir dos mais variados dispositivos intersetoriais, trata-se de uma construção de um cuidado em saúde mental que vai além dos espaços físicos, reforçando então, o que é preconizado pela própria atenção psicossocial, em termos de liberdade, autogoverno e autonomia.

Nesta perspectiva, o caminho percorrido pelo usuário dentro da rede de atenção à saúde mental precisa superar o cuidado fragmentado e por isso se faz necessário a articulação dos serviços que compõem a mesma. Estudos desenvolvidos por Fiorati e Saeki (2013) apontam dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde nos serviços substitutivos de saúde mental, a saber: barreiras como a tecnificação do processo de trabalho, valorização do núcleo de competência por especialidades, o conhecimento médico-clínico considerado absoluto, tendência para a supervalorização do tratamento medicamentoso e descaso diante das ações voltadas para a reabilitação social, proveniente da escassez de organização entre as equipes em prol do desenvolvimento de projetos terapêuticos e intervenções interdisciplinares.

Além disso, (PAES, et al., 2013) evidenciam que os fluxos assistenciais estão se baseando no encaminhamento, onde os profissionais referem a importância da referência e contrarreferência para qualificar a assistência, além disso, identificam o hospital como um lugar que garante a consulta com especialista, ou seja, a atenção primária acaba não sendo a porta de entrada do usuário na rede e, conseqüentemente, a relação entre os serviços é inexistente.

Isso repercute na produção de cuidado, que tende a ser fragmentada, pontual e, na maioria das vezes, se reproduz assim pela fragilidade da rede em garantir integralidade do cuidado em termos individuais e coletivos. Desta forma, a incorporação de práticas de cuidado descontinuadas, mediante a focalização em aspectos parciais do indivíduo, produz danos à produção do cuidado integral, podendo causar todo um processo de desresponsabilização, de forma a deixar o usuário praticamente abandonado a si mesmo (BRASIL, 2013).

Neste sentido, o conceito de ordenamento de rede deve ser fomentado com base em uma horizontalidade, que não se resume à hierarquia de níveis de complexidade de atenção, mas que leve em consideração as relações dos outros pontos de atenção entre si no território e com outros pontos da rede, bem como, a comunidade, as famílias e os indivíduos ligados a essa rede (BRASIL, 2013). Conseqüentemente, possibilita articulações com os múltiplos setores da sociedade e ajuda a desconstruir a ideia segundo a qual a pessoa com transtorno mental precisa ser cuidada apenas num espaço restrito a ela (QUINDERÉ; JORGE, 2010).

Figura 1 – Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Tais espaços têm o objetivo de proporcionar trocas de olhares, impressões, metodologias e conhecimentos que contribuem para o fortalecimento de redes sociais cujos

dispositivos territoriais podem viabilizar planos de ação integrados entre os equipamentos e entre os usuários (BRASIL, 2013). Neste sentido, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Quanto maior e mais frequentes forem estes canais de troca e de construção coletiva, maior a chance de integração entre os profissionais e de políticas envolvidas (BRASIL, 2013). Portanto, investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente, rodas de conversa, que envolvam atores dos equipamentos citados acima, é fundamental para a construção de estratégias de aproximação e cuidado com a população no território.

3.2 A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Por muito tempo a família foi distanciada do sujeito com transtorno mental. Dentre as novas perspectivas diante da transição do tratamento manicomial para os serviços de caráter comunitário, surgiram possibilidades em torno do papel e da relação do familiar com o portador de transtorno mental. Essas mudanças foram consequência do movimento de reforma psiquiátrica face às políticas de saúde mental que orientaram novas alternativas em todo país (BORBA et al., 2011).

Neste sentido, os serviços substitutivos passaram a ser a principal estratégia no processo de reforma. O CAPS, por exemplo, é um serviço destinado ao acolhimento e apoio de pacientes com transtorno mental tendo em vista o estímulo à integração social e familiar, bem como atendimento médico e psicológico. A fundamental característica deste serviço é a busca pela inserção do indivíduo em seu território, a partir do desenvolvimento das atividades do cotidiano dos usuários e da família (PEREIRA; SILVA, 2013), sendo o núcleo familiar concebido como necessário e aliado no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Por ser a família o alicerce da vida, a base de apoio e de sustentação para seus entes, responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes, seu papel é fundamental no tratamento do usuário de drogas, sendo ainda o espaço onde o doente encontra apoio financeiro, diálogo e afeto, razão pela qual se faz necessária ao lado dos profissionais para que o tratamento seja efetivo (DYNIEWICZ, 2009). Considerar a família

como uma unidade cuidadora e de cuidado, é identificar que esta é provedora de apoio e suporte diante do surgimento de alguma enfermidade (BIELEMANN, et al., 2009).

Desta forma, os profissionais precisam reconhecer as necessidades de cuidado à pessoa com transtorno mental e a sua família. Faz-se necessário que os serviços estejam preparados para incentivar a família no protagonismo do cuidado, para que a mesma não se torne vulnerável ao adoecimento psíquico e físico. O estabelecimento de vínculo e confiança diante da escuta das necessidades cumpre o que é preconizado pelo cuidado integral e humanizado em saúde mental (BESSA;WAIDMAN, 2013).

O comprometimento da família com essa nova forma de cuidar exige uma (re) organização familiar e a aquisição de habilidades que podem alterar as atividades diárias, além de intensificar suas relações, o familiar torna-se parceiro da equipe de saúde mental no cuidado do usuário e um facilitador das ações de promoção da saúde mental (FILZOLA, et al., 2009).

Além disso, em um estudo realizado por Borba et al. (2011), essas família possuem demandas das mais variadas ordens, entre elas: encontrar estratégias para enfrentar as situações adversas, lidar em alguns momentos com sentimentos e impotência e fragilidade, sentimento de culpa ao tentar buscar os motivos que não colaboraram na percepção precoce dos sintomas ou a identificação de possíveis “falhas” do familiar diante do contexto, conflitos e tensões no núcleo familiar diante do comportamento do portador de transtorno, da não evidência de melhora dos sintomas e dos fracassos sociais, sofrimento nas situações de internação.

No tocante à dependência química, Goulart e Soares (2013) afirmam que a família deve ser entendida como eixo primário das relações que possibilitam a efetividade do tratamento e acompanhamento do dependente químico e não mais como a causa ou agente que leva ao uso de drogas. Ainda para os autores, a necessidade de ações que promovam o fortalecimento da família enquanto fator de proteção na prevenção e atenção à questão da dependência de álcool e outras drogas.

De acordo com a Portaria do MS/336 de fevereiro de 2002, que institui as modalidades dos CAPS, o atendimento à família e a prática de ações em atividades comunitárias com o enfoque na integração familiar e social do usuário, trata-se de uma responsabilidade deste serviço (BRASIL, 2002). Além disso, A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) prioriza o atendimento a família, chamando-a a participar na prevenção e no tratamento da problemática do uso de drogas, juntamente com outros protagonistas, integrantes da rede de atenção à saúde mental.

Apesar das mudanças diante da assistência em saúde mental, em termos de política e modelo designado pós reforma, observa-se um distanciamento entre o que está preconizado e a realidade da saúde mental no país, principalmente no que se diz a respeito ao cuidador familiar (GRANDI; WAIDMAN, 2011). Assim, para cuidar dessas pessoas e de suas famílias é necessária a ampliação dos modelos de intervenção, multiplicando e diversificando os saberes que os compõem.

Estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), na cidade de São Paulo, pesquisadores observaram que a maioria dos trabalhadores não identifica as atividades realizadas no equipamento de saúde mental como ações de cuidado da família, apesar de considerarem esta como um fator fundamental no processo de reabilitação psicossocial do paciente. Ainda para os autores, o olhar dos sujeitos da pesquisa sobre a família não leva em consideração o grupo familiar e as repercussões que o adoecimento de um membro da família provoca nos demais membros e menos ainda a relação desses indivíduos nos diferentes grupos sociais em que transitam (CONEJO; COLVERO, 2005).

Em outro estudo desenvolvido por (BIELEMANN, et al., 2009), onde foi relatada a inclusão dos familiares dentro do CAPS's, dentre as estratégias citadas para a este processo de inserção, citou-se os grupos de familiares como uma ferramenta em prol do processo terapêutico do usuário, mas que o mesmo não permite atender a integralidade dos familiares, pois o foco ainda se voltava para as medicações e sintomas dos usuários. Ainda para os autores, outro fator que indicou negativamente os grupos de familiares, foi a falta de estímulo na participação dos mesmos durante as discussões, ou seja, há a necessidade de um espaço coletivo, em que a conscientização seja efetiva e a comunicação provenha de todos os participantes, evitando o desinteresse na participação.

A convivência com uma pessoa portadora de transtorno mental vai gerando o desgaste que culmina na sobrecarga física e emocional, conseqüentemente o cuidado em domicílio pode sofrer modificação. O convívio com a pessoa com a agudização sintomática foi relatado como a principal causa de sobrecarga para o cuidador, e inclusive, estes momentos foram citados como uma forma identificar os erros e acertos das intervenções feitas pelos familiares diante da situação citada anteriormente (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Nesta perspectiva, a equipe gestora e os profissionais da equipe de saúde mental precisam estar atentos com as problemáticas trazidas pelos cuidadores familiares e usuários, na busca de ofertar dispositivos que apoiem a participação familiar. Sabe-se da importância que representa para as famílias que se encontram desamparadas diante do adoecimento e das

manifestações da doença obterem informações sobre o transtorno mental, seus sinais e sintomas, sobre os psicofármacos, sobre seus efeitos e como obter tais medicamentos.

É necessário criar alternativas de intervenções em que o processo de trabalho seja deslocado da doença para os sujeitos envolvidos, fazendo-se necessária a utilização de redes sociais de apoio de diversas naturezas. A construção do vínculo permitirá a confiança entre as relações e conseqüentemente novas formas de cuidado serão desvendadas, considerando cada individualidade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Nos serviços de saúde mental, geralmente são oferecidas atividades individuais e grupais para os familiares dos usuários com transtorno mental, pois a família é compreendida como um grupo com demandas próprias e precisa ter acesso aos seus direitos (COELHO; VELÔSO; BARROS, 2017). Essas propostas têm o objetivo tanto de ofertar o cuidado ao familiar responsável pelo usuário com transtorno mental, quanto aproximá-lo do serviço enquanto parte fundamental no sucesso na adesão ao tratamento. A partir disto, Waidman et al. (2009), traz em seu estudo, três estratégias que podem auxiliar neste ponto: atendimento individual, atendimento grupal e promoção de atividades sociais extramuros para a reinserção social.

3.3 CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: SOBRECARGA OBJETIVA E SUBJETIVA SOBRECARGA FAMILIAR

Dentre as mudanças ocorridas no cenário da saúde mental, após o movimento reformista, adotou-se como premissa fundamental a reabilitação psicossocial do indivíduo portador de transtornos mentais, a fim de adentrar no processo de reinserção social. Com a mudança da forma de avaliar e tratar o usuário, a partir da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser vista como parte do processo de cuidar e acaba tendo que assumir o papel de cuidador, mesmo não estando preparada para essa novidade (TROMBETTA; RAMOS; MISIAK, 2015).

Sabe-se que o adoecimento mental é uma das condições mais incapacitantes o que muitas vezes gera necessidade de cuidado constante, em que sem suporte e devida orientação para realizar o cuidado em saúde o cuidador é sobrecarregado e, não raro, também adoce (MARTENS; ADDINGTON, 2001). Nesse contexto, merece destaque o papel desempenhado pela família, em que esta se situa enquanto elo mediador da relação entre o serviço e o usuário, no qual estes estão expostos a uma variedade de agentes estressores no curso da

doença, o que pode afetar as relações familiares e até a própria saúde do cuidador (BRASIL, 2001).

Para as famílias, o aparecimento de uma enfermidade mental e suas consequências faz agravar eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, anteriormente enfrentados por elas, para lidar com essas questões e outras, como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa que adoece (MELMAN, 2008).

Além disso, requer que os familiares coloquem suas necessidades e desejos em segundo plano, diante da domiciliação da doença, a rotina e os costumes deste cenário culminam na desorganização do mesmo, em decorrência do não esclarecimento dos aspectos da doença (OLIVEIRA; SÁ; ROCHA, 2011).

Para Delgado (2014, p.1104):

Os familiares de pacientes que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, quando assumem as incumbências do cuidado cotidiano, frequentemente relatam uma experiência de elevada exigência pessoal, que traz importantes limitações a sua vida diária. Este fato, designado na literatura científica como “sobrecarga familiar” (family burden), é um componente essencial para o entendimento dos desafios de longo prazo inerentes à mudança do modelo de atenção em saúde mental implantado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Para Oliveira, Sá e Rocha (2011), os cuidadores familiares investem bastante tempo e energia na busca do tratamento e nas situações que precisam convencer os familiares portadores de transtornos mentais a aceitarem tal situação. Ainda para os autores, a interação com os serviços de saúde mental surge também como uma fonte de sobrecarga, devido às experiências negativas vivenciadas, no que diz respeito às barreiras enfrentadas durante o atendimento, de ordem geográfica, organizacional, econômica e cultural.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), considera-se o cuidador a pessoa, membro da família ou não, que se dispõe a cuidar da pessoa doente ou dependente, auxiliando na execução de atividades cotidianas da vida, com ou sem remuneração para, como: higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos, independente da gravidade da doença e fluxo de cuidado.

Numa perspectiva crítica, Fonte e Melo (2010) esclarecem que as atividades cotidianas precisam fazer parte do processo de recuperação da autonomia do sujeito para que, a partir disso ele atue de forma independente em suas decisões. Dessa forma, é necessário que se

compreenda as relações de cuidado com o cuidador para que possamos identificar situações de sofrimento psíquico dentro do contexto de convívio familiar.

Pinho e Pereira (2015) citam vários fatores que contribuem para o desgaste psíquico vivenciado pela família, tais como: impacto do diagnóstico, estigma social, conflitos, stress, adaptação à nova realidade, sendo todos responsáveis, possivelmente, por gerar sobrecarga. Portanto, problemas psiquiátricos podem surgir, atingindo principalmente as mulheres que cuidam dos filhos ou dos cônjuges acometidos por algum transtorno mental.

Percebe-se então, que a convivência com o transtorno mental dentro do contexto familiar pode culminar em situações negativas, repletas de sobrecarga de modo a atingir o cotidiano dos cuidadores. Cardoso, Galera e Viera (2012, p. 518) trazem a definição da sobrecarga em duas dimensões: objetiva e subjetiva:

A objetiva está relacionada às consequências negativas da presença de um portador de transtorno mental na família, tais como: acúmulo de tarefas, aumento de custos financeiros, limitação das atividades cotidianas, fragilização dos relacionamentos entre os familiares, entre outros. A sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver com o doente, seus sentimentos quanto à responsabilidade e preocupações que envolvem o cuidado à sua saúde.

Embora os serviços substitutivos venham preconizando a família como fator fundamental para o cuidado extra-hospitalar, os mesmos ainda não conquistaram o envolvimento eficiente dos cuidadores no tratamento, e desta forma, não alcançam o alívio da sobrecarga diante desta circunstância. E apesar do envolvimento no cuidado e colaboração nas intervenções propostas, as famílias são afetadas por falta de informação e apoio profissional (SOARES; MURANI, 2007).

Para Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), o cuidador familiar precisa ser incluído no programa de tratamento como paciente, pois se o mesmo realiza um papel indiscutivelmente fundamental no tratamento do paciente, ele também necessita de acompanhamento na mesma intensidade que o portador de transtorno mental. E como os cuidadores acabam colocando as suas necessidades em segundo plano, implicando na mudança de rotina e na transformação da sua vida, causando impactos que se refletem também como sobrecarga, a família deve ser apoiada e cuidada pela equipe de saúde (BURIOLA, et al., 2016).

É importante repensar o cuidado com as famílias que convivem com o doente mental, não sendo visto como um fenômeno definido em si mesmo, mas dentro de um contexto que

favoreça a diversidade de diálogos e, assim, construção de saberes e ações entre os profissionais e as famílias (TROMBETA; RAMOS; MISIAK, 2015). Além disso, é indispensável que os serviços de saúde mental estejam capacitados para o atendimento do doente e de seu familiar, com base no conceito ampliado de saúde, que considera os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008) o principal objetivo do estudo descritivo é descrever as características de uma determinada população, fenômeno ou estabelecimento de variáveis. Algumas pesquisas descritivas se propõem a estudar as características de um grupo, outras objetivam levantar opiniões e crenças sobre determinado assunto, e ainda tem aquelas que vão além de identificar as relações entre variáveis, pretendendo alcançar o entendimento destas relações.

Minayo (2001) trata a pesquisa qualitativa como um tipo de estudo que está preocupado com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois seu universo está inteiramente voltado para os significados e subjetões. A abordagem qualitativa se aprofunda nas ações e relações humanas. Conhecer a complexidade do objeto de estudo, refletir as teorias acerca do tema, estabelecer conceitos relevantes, aplicar técnica de coleta de dados e analisar o estudo dentro do seu contexto, fazem parte da construção de um estudo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2008).

4.2 PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no mês de setembro de 2017, no Centro de Atenção Psicossocial III, do município de Campina Grande, Paraíba.

O município cenário deste estudo está localizado, há aproximadamente 130 km da capital João Pessoa, possui um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,720, e uma população de 385.213 habitantes (IBGE, 2010).

A rede extra-hospitalar de serviços de saúde mental municipal é composta por oito CAPS, um Centro de Convivência e seis Residências Terapêuticas. Em relação às modalidades de atendimento dos centros, temos: um CAPS AD, dois CAPS I, um CAPS II, um CAPS III e três CAPSi. Os dois serviços substitutivos da modalidade CAPS I estão localizados nos distritos sanitários de Galante e São José da Mata, sendo referência para três municípios paraibanos circunvizinhos: Fagundes, Puxinanã e Boa Vista (SMS, 2014).

O CAPS III está localizado na Rua Paulo Afonso, nº 188, no bairro do Centenário. Esta modalidade de atendimento recebe prioritariamente pessoas em sofrimentos psíquicos graves e persistentes, como também, as que fazem uso de substâncias psicoativas, e que estejam em situações que comprometam o estabelecimento de laços sociais e a realização de

projetos de vida. Oferta assistência contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, inclusive nos finais de semana e feriados, proporcionando a internação a depender do caso (BRASIL, 2014b). Esta modalidade de atendimento foi decisiva para a escolha do local de estudo, tendo em vista a caracterização de um serviço de assistência ininterrupta.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O universo do estudo foi constituído pelos familiares dos usuários cadastrados e atendidos pelo CAPS III, com idade igual ou superior a 18 anos, correspondente a um total de 42 familiares. Para definição da amostra, adotou-se o critério de saturação teórica, ou seja, quando as informações contidas nas entrevistas se tornaram redundantes (MINAYO, 2008).

Os critérios de inclusão elegidos abordaram o familiar com idade igual ou maior que 18 anos; cuidador que acompanha o usuário durante atendimento no CAPS III. Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes: ter idade inferior a 18 anos; os que não foram encontrados em local e no ato da coleta de dados; os que se recusaram a participar da pesquisa ou os que mesmo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, não completaram o preenchimento do questionário.

4.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de questionário validado, elaborado para o estudo CAPSUL (Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil), coordenado pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (KANTORSKI, et al., 2010), (ANEXO 1). O mesmo passou por um filtro em que algumas questões foram excluídas do documento original, resultando em um total de vinte e duas perguntas.

O instrumento consta de roteiro integrado por dois seguimentos: o primeiro, referente à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (vínculo, sexo, idade, estado civil, grau escolaridade, ocupação, carga horária semanal de trabalho, renda familiar do último mês, único cuidador do familiar e número de pessoas por domicílio). O segundo seguimento é constituído por duas questões abertas: uma voltada para análise e detecção da sobrecarga do cuidador familiar que serviu para identificar em quais situações o cuidador se sente sobrecarregado, e a outra relacionada aos aspectos do serviço que poderiam ser melhorados.

Os questionários foram aplicados pela orientanda de acordo com a disponibilidade e interesse de cada participante do estudo, em data e hora agendadas, de forma privativa, em uma das dependências do CAPS III, mediante autorização do entrevistado na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas (TCLE) (APÊNDICE 1).

4.5 ANÁLISE PRELIMINAR DOS DADOS

Para análise dos dados referentes às questões abertas, foi utilizado o método de “Análise de Conteúdo” proposto por Bardin (2011), conceituado como: um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens. A análise divide-se em três fases, a saber: a primeira fase trata-se da pré-análise: seu objetivo é a organização das ideias iniciais, um período de intuições, onde o pesquisador se inteira com a fala dos entrevistados. Ainda para a autora, a primeira fase serve para a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A segunda fase corresponde a exploração do material, considerada exaustiva, pois nesta fase serão exploradas as falas de cada participante do estudo, visando os objetivos desta pesquisa. Neste momento, ocorreu a análise detalhada do material selecionado e da codificação dos dados com base nas unidades temáticas, possibilitando uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. E por último, foi realizado o agrupamento dos dados em categorias temáticas, tornando como referência à similaridade semântica dos conteúdos proferidos nos discursos dos sujeitos.

Os dados numéricos correspondentes à caracterização dos sujeitos foram analisados na perspectiva da estatística descritiva (percentual) e apresentados em tabela. Com isso, não há pretensão de dar ao estudo um delineamento quantitativo, mas unicamente valorizar variáveis sociodemográficas, referentes à caracterização das participantes do estudo.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No presente estudo, foram respeitados os aspectos éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, uma ficando aos cuidados do participante e/ou responsável legal, sendo a outra via arquivada pelo

pesquisador. Este documento contém informações sobre a pesquisa e seus objetivos, bem como, garante o sigilo e anonimato das informações, comunicando ao participante o direito de desistir a qualquer momento da pesquisa, caso lhe ocasione prejuízos. Ressalto que antes de iniciar a coleta de dados, as informações do TCLE foram reforçadas verbalmente aos sujeitos e/ou responsáveis legais.

O referido estudo trata-se de um recorte da Pesquisa de Doutorado “**Avaliação da Estrutura e Processo de Trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial**”, esta, foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), recebendo parecer favorável à sua execução protocolo nº 719.435, de 30/05/2014; CAAE: 30409814.30000.5537 (Anexo 3).

Para preservar o anonimato dos participantes do estudo, os mesmos serão cognominados com alcunhas dos nomes das vítimas do desastre aéreo que envolveu o time da Chapecoense no dia 29 de novembro de 2016.

Motivada pela minha paixão ao esporte, em específico, ao futebol, me senti sentimentalmente envolvida com este fato lamentável, e para honrar os jogadores, a comissão técnica, os pilotos do avião e os familiares que vivenciaram esta tragédia, decidi prestar tal homenagem, tendo em vista toda a trajetória de luta e superação que envolveu essas pessoas. Não tão distante dos desafios e obstáculos que já foram e ainda são enfrentados pelos familiares cuidadores de indivíduos com transtorno mental, que diariamente lidam com a sobrecarga física e psíquica diante do sofrimento com os seus familiares.

Ciente da influência de gênero no processo de cuidar, optei por identificar homens e mulheres nas falas presentes dos resultados do estudo. As mulheres estão representadas pelas mães, filhas e esposas dos envolvidos no acidente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a compreensão acerca da organização do presente estudo, os resultados e as discussões foram expostos simultaneamente. Primeiramente, realizou-se a caracterização dos cuidadores familiares dos usuários atendidos no CAPS III. Em seguida, foram discutidos os principais pontos contidos na análise anterior, aliado à comparação dos mesmos com outros estudos da mesma perspectiva deste. Por último, completou-se a análise dos cuidadores a partir dos discursos a respeito das sobrecargas objetivas e subjetivas, culminando na elaboração de duas categorias.

Caracterização dos sujeitos

TABELA 1 – Caracterização dos membros da família dos usuários que estão em tratamento no CAPS III de Campina Grande-PB.

FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DO CAPS III	TOTAL	
	N	%
VÍNCULO		
Pai/Mãe	17	40,5
Irmão	6	14,3
Cônjuge	7	16,6
Outro	12	28,6
Total	42	100
GÊNERO		
Feminino	29	69
Masculino	13	31
Total	42	100
FAIXA ETÁRIA		
Adolescente (até 20 anos)	1	2,4
Adulto jovem (21 – 35 anos)	9	21,4
Adulto (36 – 60 anos)	23	54,8
Idoso (acima de 60 anos)	9	21,4
Total	42	100
ESTADO CIVIL		
Solteiro	10	23,8
Casado (a) / Com companheiro (a)	18	42,9
Separado	1	2,4
Divorciado	8	19
Viúvo / Viúva	5	11,9
Total	42	100
SABE LER		
Sim	34	81
Não	8	19
Total	42	100

ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	8	19
Ensino fundamental completo	6	14,3
Ensino fundamental incompleto	9	21,4
Ensino médio completo	10	23,8
Ensino médio incompleto	4	9,5
Ensino superior completo	3	7,2
Ensino superior incompleto	2	4,8
Total	42	100
TRABALHO REMUNERADO		
Não	26	62
Sim	16	38
Total	42	100
CARGA HORÁRIA SEMANAL		
16 – 24 horas	1	6,3
24 – 32 horas	3	18,7
32 – 40 horas	7	43,8
Acima de 40 horas	3	18,7
Não informou carga horária	2	12,5
Total	16	100
RENDA FAMILIAR NO ÚLTIMO MÊS		
<01 salário mínimo	4	9,5
01 a 02 salários mínimos	24	57,1
Acima de 02 salários mínimos	7	16,7
Não quiseram relatar a renda familiar	3	7,2
Não souberam	4	9,5
Total	42	100
NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA		
01 a 02 pessoas	12	28,6
03 a 04 pessoas	22	52,4
05 ou mais pessoas	7	16,6
Não responderam	1	2,4
Total	42	100
É O ÚNICO CUIDADOR DO FAMILIAR		
Não	17	40,5
Sim	24	57,1
Não responderam	1	2,4
Total	42	100

Fonte: Acervo da autoria, 2017.

No tocante ao vínculo, observou-se na tabela 1 a predominância de 17 (40,5%) cuidadores (pai/mãe), sendo destes, 13 (77,8%) representados pelas mães, dados que corroboram com o estudo realizado por Fava, Silva, Silva (2014). Entretanto, pesquisadores afirmam tendência crescente no número de homens na função de cuidador principal (LEITE et al., 2014).

Quanto ao gênero, houve uma predominância de cuidadores familiares do gênero feminino com 29 (69%). Outro estudo realizado por Duarte, Neto (2016), em um município de pequeno porte na região metropolitana de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Brasil, pôde-se constatar, também, na análise dos dados, que as mulheres se dispõem mais a cuidar sozinhas de um portador de sofrimento mental do que os homens.

Estudo realizado por Santos, Eulálio e Barros, (2015) apontam que cuidadores familiares de portadores de transtorno mental são majoritariamente aposentados ou donas de casa e com baixa escolaridade. Refletindo ainda sobre esta questão, pesquisadores (NASCIMENTO et al., 2016; TOMOMITSU; PERRANCINI; NERI, 2014), explicam a situação a partir do contexto do desenvolvimento histórico das práticas de saúde, em que os cuidados com a casa e com pessoas com maior grau de dependência, como crianças, idosos e doentes eram funções destinadas principalmente às mulheres.

Quanto a média de idade entre os cuidadores familiares, observou-se uma distribuição heterogênea, em que predominou a faixa etária dos cuidadores de 36 a 60 anos, correspondente a 23 (54,8%). Além disso, destaca-se o quantitativo de nove (21,4%) cuidadores familiares acima de 60 anos.

Para Pedreira e Oliveira (2012), a sobrecarga física se torna mais elevada, quando o cuidador é idoso, uma vez que envolve uma população que possui doenças crônicas, principalmente problemas osteoarticulares, que geram dificuldades, impossibilitando-os para o desenvolvimento das atividades.

Desta forma, o idoso cuidador se torna vulnerável ao início ou piora dos problemas de saúde já existentes e sua ação no cuidado pode ser comprometida diante dos fatores já citados anteriormente. Tal dado corrobora com outros estudos realizados por (KEIKA; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010; MORAES, 2012), que apontam um número crescente de familiares com 60 anos ou mais a exercerem o papel de cuidador. Outro obstáculo que os entrevistados relatam é o aumento da responsabilidade devido à soma de incapacidades que a idade trás, aumentando ainda mais o grau de dependência do utente (AVELINO et al., 2013).

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se entre os participantes do estudo, que oito (19%) relataram não saber ler, e a maioria, 10 (23,8%) possui o ensino médio completo. De acordo com Santos e Cunha (2013), a baixa escolaridade pode exercer influência direta no ato de cuidar, gerando uma queda da qualidade da assistência. As dificuldades a respeito do entendimento do adoecimento psíquico, juntamente com a falta de acesso aos serviços, podem estar associadas à baixa escolaridade dos cuidadores familiares, podendo culminar em situações de estresse e tensão emocional.

Além disso, outro estudo realizado com o objetivo de avaliar a Qualidade do sono em cuidadores de pacientes com doenças de Alzheimer e de Parkinson e sua relação com a qualidade de vida, destaca que a grande maioria dos cuidadores ainda tem informações insuficientes e faltam suportes necessários para prestar assistência necessária a seu familiar (CUPIDI, et al., 2012).

Contudo, estudo aponta que mesmo com escolaridade elevada os familiares têm o mesmo nível de estresse que o cuidador quando comparado ao cuidador com grau de escolaridade insuficiente, isto pode ser explicado pelo fato de as emoções serem subjetivas e resultarem de complexas interações de fatores, estando muito além da compreensão das informações recebidas (YAMASHITA, et al., 2010).

No tocante a condição socioeconômica, observou-se que 26 (62%) cuidadores não possuem trabalho remunerado, além disso, oito (19,2%) cuidadores são aposentados. Um quantitativo significativo dos cuidadores 24 (57,1%) afirmou que a renda mensal familiar do último mês variou de um a dois salários mínimos. Estes resultados são consistentes, uma vez que a dimensão financeira assume um importante espaço nessas famílias, com custos referentes ao tratamento, medicação, dentre outras necessidades. Além disso, ressalta-se diminuição da produtividade e situações que envolvem a interferência profissional por parte dos cuidadores (ALMEIDA, 2009).

Para Mendes e Santos (2016) quando os cuidadores familiares não dispõem de recursos financeiros, a tarefa de cuidar pode se tornar cada vez mais estressante, ocasionando forte desgaste psíquico e emocional. Corroborando com o estudo, pesquisa realizada em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba (PR) por Ferreira et al. (2015), observou-se uma relação significativa ente a baixa condição socioeconômica e à baixa adesão ao tratamento, tendo em vista, a maioria dos pacientes, não possuir recursos financeiros para se locomoverem até o serviço de saúde, além disso, chegando a interromper o tratamento tendo em vista aquisição de trabalhos esporádicos para provê-los de algum rendimento.

Em relação à jornada de trabalho enfrentada pelos cuidadores, observou-se que sete (43,8%) participantes do referido estudo, trabalham com a carga horária semanal que varia de 32 a 40 horas semanal. Considerando o baixo nível socioeconômico da maioria das famílias entrevistadas, essa porcentagem pode acarretar um peso excessivo para os demais familiares, contribuindo para que se sintam sobrecarregados (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Estudo realizado por Gaoli, Furegato e Santos (2012), com o objetivo de descrever variáveis sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos com Alzheimer, em UBS e

em hospital público, identificou que o tempo dedicado ao cuidar entre os cuidadores, variou entre 42 a 71 horas, predominando o período de tempo correspondente a 72 horas e mais.

Fica, portanto, explicitada a necessidade de ações de saúde e apoio social à cuidadores familiares, além de implantação de políticas públicas direcionadas para esses indivíduos, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, bem como na possibilidade de minimizar a sobrecarga de trabalho, relacionada ao processo de cuidar (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014). Além disso, a sobrecarga financeira configura-se como fator gerador de estresse e desgaste físico, não só do cuidador, mas de toda a família, pois o familiar cuidador geralmente tem problemas com o emprego, ao abandonar ou reduzir a jornada de trabalho, saindo mais cedo ou mesmo largando o emprego para se dedicar ao cuidado (CAVALCANTE, 2010).

Em relação ao número de membros da família, 22 (52,4%) participantes do estudo, relataram que dividem a moradia com o quantitativo variante entre três e quatro pessoas. Sendo que sete (16,6%) entrevistados compartilham a mesma moradia com cinco ou mais pessoas. De acordo com o estudo realizado por Batista, Bandeira e Oliveira (2015), morar com menos pessoas pode revelar ter menos auxílio e conseqüentemente, não ter com quem dividir as atividades, o que pode gerar um maior grau de sobrecarga subjetiva.

Em um estudo desenvolvido por Santin e Klafke (2011) com um grupo de familiares cuidadores, relataram a ausência de apoio da família ampliada ou de vizinhos, sendo a única fonte de suporte para além da família, o CAPS. Entretanto, outros cuidadores afirmaram o estabelecimento de vínculos com a comunidade, que resultou em um importante aliado para a proteção dos familiares em alguma situação que envolva riscos para a pessoa com transtorno mental.

A seguir, serão apresentadas as categorias e subcategorias que emergiram das questões abertas (qualitativas), exemplificados a partir dos depoimentos escritos pelos participantes do referido estudo.

Categoria 1 - Sobrecarga objetiva: necessidades e desejos em segundo plano.

A primeira categoria denominada “Sobrecarga objetiva: necessidades e desejos em segundo plano” emergiram duas subcategorias “Família: interrupções na vida social, profissional e as perdas financeiras”, e a subcategoria “A responsabilidade do cuidado ininterrupto.”.

Subcategoria 1 – Família: interrupções na vida social, profissional e as perdas financeiras.

Quando questionados se sente sobrecarregada frente à assistência prestada ao familiar com transtorno mental, os cuidadores afirmaram presença de sobrecarga, ressaltando particularidades e subjetividades referentes à interrupção na vida social, profissional e financeiras. Esses achados podem ser evidenciados nas seguintes falas:

“Porque não tem família que ajude, que faça por mim! Nove anos de casado, sendo ele (esposo) parado, sem ter como trabalhar” (Antonela).

“Sou uma pessoa sozinha para cuidar da casa, meu problema é financeiro mesmo” (Susana).

“Quando a gente tem que deixar de fazer outras atividades para vim aqui, muitas vezes deixo de trabalhar ou arrumar um serviço” (Tiaguinho).

“Eu me sinto sobrecarregado em todas as maneiras, porque praticamente sou só! Porque tem que faltar o trabalho para acompanhar (esposa), e nos cuidados em casa” (Alan Ruschel).

Observa-se nos trechos de falas, a preocupação do cuidador, frente à sobrecarga relacionada ao cuidado prestado à pessoa com transtorno mental no âmbito familiar, ressaltando a dificuldade de cuidar, condição esta, que ocasionou sensação de peso ao assumir a responsabilidade, e de incômodo ao exercer algumas das funções do papel de cuidador por se sentir sozinho e sem apoio de outra pessoa (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

Estudo realizado por Andreatta e Barreto (2015) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Município de Maximiliano de Almeida, RS, observou-se alterações na vida social do cuidador, tendo em vista dependência total da pessoa com transtorno mental. Na maioria das vezes, a família acaba responsabilizando o cuidador, o que acaba sobrecarregado.

Para Kebbe et al., (2014) ao assumir a responsabilidade do cuidado do familiar com transtorno mental sem poder contar com ajuda de outros parentes predispôs os cuidadores à exaustão. Ainda para os autores, além de predispor ao desenvolvimento de sofrimento mental, compromete a vida social, ocupacional e financeira, pois as demandas da pessoa com transtorno mental podem tornar-se uma experiência vivida com sobrecarga para o cuidador. Outro estudo realizado com cuidadores por Filho et al., (2010), apontam que as atividades cotidianas com o familiar com transtorno mental, trouxeram sobrecarga objetiva para os

cuidadores, resultando em atraso ou cancelamento de compromissos em decorrência da doença de seus familiares.

O desconhecimento e o medo da família com relação ao cuidado precisam ser superados, visto que tais sentimentos podem levar alguns familiares à abstinência do processo, chegando a isolar não só a pessoa em sofrimento mental, mas também outros familiares que se corresponsabilizam pelo cuidado (CARVALHO et al., 2016). Esses resultados corroboram com os achados de outros estudos que mostram a necessidade de que os profissionais ofereçam atenção e apoio às famílias, ações vistas como ferramentas importantes para a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias (SCHRANK; OLSHOWSKY, 2008).

Subcategoria 2 – A responsabilidade do cuidado ininterrupto.

Na subcategoria 2 - “A responsabilidade do cuidado ininterrupto”, pode-se observar que no seu cotidiano, os cuidadores não encontram disponibilidade para participar das atividades diárias, como lazer, trabalho, dentre outras demandas de ordem pessoal, acarretando elevada sobrecarga objetiva para a maioria dos familiares cuidadores (CAMILO et al., 2012). Tais aspectos recém-inseridos na realidade familiar veem acompanhados de mudança no estilo de vida, na saúde do familiar cuidador e no seu desempenho pessoal, profissional e emocional (SANT’ANA et al., 2011).

Nesse sentido, emergem situações limites e desafios na vida social do cuidador. Os relatos, a seguir, retratam esses aspectos:

“O cara se sente muito preso, ela (esposa) é dependente! Você passa a viver para aquela pessoa. Deixo de ir para os cantos para cuidar dela” (Dener).

“Quando chego muito cansado do trabalho e tenho que vim aqui no CAPS. Minha filha tá com um bebezinho, novo, e não pode acompanhar” (Danilo).

A necessidade de cuidados ininterruptos, o difícil manejo das manifestações psiquiátricas e comportamentais, somadas às vivências dos laços emocionais, produz desgaste físico, mental e emocional ao cuidador (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006), tendo em vista a responsabilidade exigir dedicação e transformações no modo de vida do familiar cuidador (ALMEIDA, et al., 2017). Ainda para os autores, as atividades de lazer e convívio social acabam sendo alteradas ou anuladas, dando ao cuidador a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter que viver em função do paciente psiquiátrico.

Estudo realizado por Nascimento et al., (2016), nas dependências de um CAPS II, em um município do Oeste de Santa Catarina, com 19 familiares, observou-se presença de barreiras e/ou dificuldades enfrentadas pelo cuidador familiar, uma vez que ficam diariamente com o familiar em sofrimento psíquico e referem não tem tempo para cuidar de si, tornando-se um agravante na saúde destas famílias. Nesse sentido, sentimentos derivados começam a fazer parte da rotina como o medo, a vergonha, o cansaço, a falta de paciência, o surgimento de outras doenças físicas que geram um aglomerado de ações, que acabam desgastando o familiar cuidador, gerando preocupações e danos físicos e mentais (NAVARINI; HIRDE, 2008).

Para Borba, Shwartz e Kantorski (2008) por medo e insegurança, frente a tal situação, o familiar cuidador acaba agindo de forma exagerada, motivadas pelo sentimento de impotência por demonstrarem preocupação na busca de proteger o familiar de danos físicos. Nesse sentido, (KEBBE, et al., 2014), apontam que tornar a família corresponsável no tratamento do parente com transtorno mental, configura-se tarefa difícil e merecedora de atenção pelo prejuízo que pode causar ao grupo familiar e ao cuidador referencial, pois nem sempre a família se articula para o cuidado compartilhado, delegando essa tarefa a um de seus membros

Categoria 2 - Sobrecarga Subjetiva: reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador!

A segunda categoria “Sobrecarga Subjetiva: reação emocional do familiar em relação ao papel de cuidador” compreendeu as subcategorias “O lidar com os sintomas e as limitações do paciente” e a “Sobrecarga familiar: estresse emocional e econômico, decorrentes da baixa renda do familiar”.

Subcategoria 1 – O lidar com os sintomas e as limitações do paciente.

Observou-se na subcategoria “O lidar com os sintomas e as limitações do paciente.”, sentimento de desespero enfrentado pelo cuidador, relacionado à falta de informação e entendimento da doença, ficando na maioria das vezes sem saber como agir diante da intensidade dos sentimentos e comportamentos que os pacientes manifestam (MACHADO; SANTOS, 2013). Percebe-se no referido estudo, que os cuidadores aprenderam, principalmente, por si mesmas. O depoimento a seguir ilustra essa ideia:

“Em lidar com o problema, pois às vezes a gente acha que é pirraça ou besteira, mas depois que a pessoa aprofunda, começa a entender! Presenciar as cenas (crises), a ficha cai depois que começamos a compartilhar!” (Bárbara).

Corroborando com os resultados, Nascimento et al., (2016), evidenciam que o transtorno mental afeta o núcleo familiar e o estado emocional. A família fica fragilizada, suas relações internas e externas ficam comprometidas, gerando sobrecarga física, emocional e financeira. Trata-se de uma situação complexa, pela falta de informação, o que resulta insegurança quanto ao melhor modo possível de cuidar da pessoa doente (LOUZÃ; ELKIS, 2007).

Em estudo realizado por Barroso, Bandeira e Nascimento (2009), pôde-se observar a partir do relato dos familiares que o momento de crise, com o mais complicado ao lidar com o paciente, pois os mesmos justificavam não saber agir em tais situações. Nesse sentido, Carvalho et al., (2016), chama a atenção quanto ao acompanhamento do familiar, uma vez que o desconhecimento e o medo com relação ao cuidado precisam ser superados, visto que tais sentimentos podem levar alguns familiares à abstinência do processo, chegando a isolar não só a pessoa em sofrimento mental, mas também outros familiares que se corresponsabilizam pelo cuidado.

Para Sant’Ana et al., (2011), a desinformação agrava a condição de fragilidade dos cuidadores, gerando impotência e podendo prejudicar sua saúde. Ainda para os autores, faz-se necessário atingir o familiar cuidador com um suporte efetivo de auxílio, para que este possa atender seu ente querido de forma mais eficaz e com menos prejuízos na sua vida.

Nessa mesma linha de raciocínio, pesquisa realizada por (BUDINI; CARDOSO, 2012), com o objetivo de conhecer as percepções sobre doença mental pelos familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia de um CAPS II, observou no referido estudo, que os familiares gostariam de receber mais informações sobre a doença mental, para oferecer apoio na hora em que o familiar necessitar. Além da informação técnica sobre a doença mental, observou-se também, que os familiares carecem de suporte emocional para lidar com essa situação, ou seja, conviver com um familiar portador de transtorno psíquico.

Em outras falas, observou-se que o cuidador familiar avalia a sua experiência e, conseqüentemente, se envolve emocionalmente com o sofrimento do filho, tendo em vista ser dependente do auxílio de outras pessoas, para realização das atividades diárias.

“É uma responsabilidade ter que lidar com ele, tem momento que eu me sinto cansada, pois meu filho requer auxílio para desenvolver atividades diárias (banho, comida). Sempre tento fazer com que ele, se torne independente” (Viviane).

“Ela não anda só para o médico, temos que acompanhar. Em casa, ela não desenvolve as atividades, nem todas! Eu fico responsável por cuidar de duas casas” (Gabriella).

O grau de dependência e a representatividade para o cuidador familiar a respeito do auxílio no desenvolvimento de atividades diárias encontrados nesse estudo representam a sobrecarga subjetiva também encontrada por outros autores. (FILHO et al., 2010).

Estudo realizado por Kebbe et al., (2014), em um Hospital Dia com os cuidadores, identificou-se que diante da percepção dos mesmos em relação aos seus familiares em não conseguirem desenvolver atividades por si mesmo, observa-se que estratégias utilizadas para ajudá-los são representadas tanto com a realização das mesmas no lugar dos familiares ou estimulando-os para desenvolvê-las por conta própria. Os sintomas psiquiátricos foram citados como barreira diante do poder de decisão do portador de transtorno mental, interferindo na realização das atividades diárias independentemente.

Fonte e Melo (2010) consideram que mesmo que o cuidado do familiar demonstre interesse de facilitar a inserção social, o mesmo pode acabar sendo desviado quando no lugar de incentivar as atividades diárias, os cuidadores façam isso por eles, distanciando ainda mais o alcance da autonomia.

Na segunda fala, o trecho "...Eu fico responsável por cuidar de duas casas!", identifica-se a falta de apoio por parte de outros membros da família na divisão do cuidado para com o familiar portador de transtorno mentais, gerando maior sobrecarga diante do desenvolvimento de outras atividades que não as de assistência ao adoecido.

Subcategoria 2 – A sobrecarga familiar: estresse emocional e econômico, decorrentes da baixa renda do familiar!

Na subcategoria "A sobrecarga familiar: estresse emocional e econômico, decorrentes da baixa renda do familiar", observou-se que as dimensões social e financeira, interferem diretamente no cuidado em saúde mental, resultando em barreiras para a assistência do indivíduo e familiar. Essa situação é entendida pelos cuidadores, que justificam a falta do financeiro e, conseqüentemente, a dificuldade para acessar o serviço de saúde (CAPS III) e a aquisição da medicação para a continuidade do tratamento.

“Lutando para o auxílio do INSS, às vezes não tem dinheiro para o ônibus para vim ao CAPS III” (Danilo).

“Quando falta o remédio no CAPS, ele fica perturbado, em crise! E às vezes não tem dinheiro para comprar” (Lívia).

“Principalmente na falta de medicamento, que falta direto, a gente que não tem renda!” (Antonela).

Para (SCHEIN; BOECKEL, 2012) o fator financeiro torna-se uma sobrecarga, pois além das preocupações relacionadas ao cuidado direto ao paciente na assistência das atividades diárias, existe o sofrimento do familiar diante da privação das despesas por conta do orçamento restrito. Corroborando com os resultados, estudo realizado por Barroso, Bandeira e Nascimento (2009) observou uma relação entre baixa renda do cuidador associada a um grau de sobrecarga subjetiva elevada, motivada pela necessidade de sustento da família e de cuidados incluindo os pacientes com transtorno psíquico.

Outros estudos (BORBA; SHWARTZ; KANRTORSKI, 2008; OLIVEIRA et al., 2017) indicaram maior sobrecarga subjetiva diante da preocupação com os custos financeiros e com o paciente. Ainda para os autores, esta situação pode estar relacionada à dificuldade do cuidador em trabalhar fora do ambiente familiar, além disso, a incapacidade do paciente de retornar a sua atividade profissional e com isso, não contribuir com o orçamento da família.

A sobrecarga financeira, quando analisada no contexto diário, ganha proporções ainda maiores quando se identifica que, além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais familiares podem sofrer privações devido ao rígido controle do orçamento. Além disso, quando o paciente recebe algum tipo de benefício, pode existir a necessidade de esse recurso ser aplicado não só nas despesas do paciente, mas também nas demandas domésticas e do cuidador que está impossibilitado de trabalhar, e assim, esse benefício pode se tornar insuficiente (OLIVEIRA, et al., 2017).

Categoria 3 – Desafios para o suporte e acolhimento do paciente e familiar no serviço.

Quanto à terceira categoria denominada de “Desafios para o suporte e acolhimento do paciente e familiar no serviço.”, observa-se nos trechos das falas, a preocupação dos cuidadores quanto à situação financeira, entendendo como barreira que impossibilita tanto o

acesso ao serviço de saúde, quanto a aquisição de medicamentos, dentre outras demandas de ordem social, familiar.

Os relatos, a seguir, retratam esses aspectos:

“Melhorar a assistência ao usuário, estrutura física, contar com profissionais mais humanizados, falta de medicação, melhorar a qualidade do atendimento do médico” (Cléber Santana).

“Não faltar a medicação, por que nem sempre a gente tem dinheiro para comprar” (Vanessa).

“Melhorar em tudo, no sentido de ambiente, nas enfermarias onde ficam os internados, na limpeza, que é muito importante. Limpo 100% eu não, acho! O atendimento médico, não está organizado. Falta alimentação, muitas vezes, só biscoito e água. Teve uma vez que o rapaz que presta serviço no CAPS foi quem pagou o lanche” (Nina).

“Na estrutura física da cozinha, falta de medicações, mais profissionais para atender, melhorar a assistência prestada ao usuário.” (Alan Ruschel).

Nas falas acima, nota-se baixo nível de satisfação em vários aspectos do serviço: atendimento/assistência ao usuário, falta de medicação e alimentação de qualidade, e estrutura física no tocante à organização e a limpeza do ambiente.

Além disso, o espaço físico tratado dentro da ambiência em saúde configura-se como um espaço social, profissional e constituído por relações interpessoais. Desta forma, espera-se que o mesmo seja capaz de promover o acolhimento humanizado. Trata-se de um cenário que vai além da composição do ambiente propriamente dito, pois é a partir dele que são construídas vivências de um determinado grupo, levando em consideração seu valor cultural e social (BRASIL, 2006).

No tocante a qualidade da estrutura, conforto e aparência do CAPS, estudo realizados por (FONTE; MELO, 2010; KANTORSKI et al., 2009; CLEMENTINO, 2014) apontam situação de fragilidades nos CAPS avaliados, no tocante as condições de infraestrutura física, dimensionamento adequado de recursos humanos, falta de recurso materiais. Nesse sentido, se faz necessário criar espaços que sejam acolhedores no tocante à promoção do bem-estar e capaz de desconstruir a imagem de um cenário hostil (BRASIL, 2006).

Camilo et al. (2012) realizou um estudo que avaliou a satisfação em um no serviço de saúde mental a partir da visão dos três atores (indivíduo, familiar e profissional), e foi observado a satisfação dos mesmos com o tratamento ofertado para seus familiares e o potencial da equipe diante da assistência, diferente do que se constatou nas falas acima.

Em outras falas identificou-se a manifestação do empoderamento desses cuidadores, evidenciando do que são capazes diante de uma situação em que questionam o que muitas vezes lhes é colocado como inquestionável, pela hierarquia da relação e polarização do saber no profissional (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

“Raramente me senti respeitado. Por ser mal atendido na recepção, por profissionais não capacitados” (Letícia).

“Melhorar o atendimento do médico para com o usuário” (Caio Júnior).

“Melhorar o atendimento por parte do médico psiquiatra” (Graziele).

“Principalmente quando se tem um médico que trata os pacientes grosseiramente. Se eles têm uma ética e compromisso, eles precisavam tratar melhor os pacientes. Uma boa conversa e diálogo, os pacientes precisam disso” (Viviane).

Esses resultados corroboram com os resultados do estudo realizado por Schrank e Olschowky (2015), quando enfatiza a necessidade de que os profissionais ofereçam atenção e apoio às famílias, ações vistas como ferramentas importantes para a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias. Da mesma forma, é importante que a oferta vá ao encontro do sofrimento subjetivo associado ao transtorno mental, ao sofrimento associado, ao cotidiano e à sobrecarga dos familiares no dia a dia partilhado com a pessoa em sofrimento psíquico (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do cuidador após a desinstitucionalização se tornou uma das principais ferramentas para assistência ao indivíduo portador de transtorno mental aliado aos serviços de caráter comunitário.

Em relação ao perfil dos familiares dos usuários cadastrados e atendidos no CAPS III, observou-se no referido estudo, que a maioria é do sexo feminino, na faixa etária entre os 36 e 60 anos. Além disso, destaca-se o quantitativo de um percentual significativo de cuidadores familiares acima de 60 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos participantes do estudo, referiu ter ensino médio completo, com renda familiar entre um e dois salários mínimos mensais. Assim, conhecendo o perfil dos cuidadores dos usuários atendidos no CAPS III, é possível direcionar, apontar ou criar estratégias de assistência em conjunto com a Política Nacional de Saúde Mental, que sejam mais eficazes e condizentes com a sua realidade.

Além disso, ressalta-se à necessidade de um planejamento e programação de ações que seja capaz de auxiliar o familiar cuidador, tendo em vista desgaste físico e emocional, reflexo da assistência prestada ao seu familiar. Ressalta-se que a presença da sobrecarga tanto objetiva quanto subjetiva provém de vários fatores que vão desde os problemas relacionados ao ambiente familiar, seja por questão financeira, social ou cultural; até indícios da fragilidade do CAPS III no tocante ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde, estrutura física deficiente, falta de material, dentre outras.

Nesse sentido, o núcleo familiar precisa ser apoiado em todos os âmbitos e assistido de acordo com sua singularidade, pela equipe profissional, a partir de estratégias que atenda seus anseios e inseguranças. Dessa forma, espera-se que os profissionais de saúde do CAPS III empenhem-se em compreender o usuário e seus familiares considerando os aspectos: psicológicos, sociais, culturais e espirituais, imprescindível para uma assistência de qualidade, dentro do modelo humanístico.

Ressalta-se este estudo como de grande valia para minha carreira profissional e para a Enfermagem, uma vez que devemos ter olhar ampliado em saúde independentemente de área de atuação, aliando-se à família como fonte de troca de experiências e no apoio da assistência ao indivíduo enfermo.

Diante das fragilidades do serviço apontadas pelos cuidadores, acredito que um ponto importante a ser trabalhado trata-se da sensibilização dos profissionais e da gestão no tocante ao cumprimento do que é preconizado pelas legislações que envolvem a saúde mental, através

de palestras, oficinas e rodas de conversa com a participação dos atores envolvidos no processo, ou seja, profissionais, usuários, familiares e representantes da gestão do município.

Como dificuldade para realização do trabalho de campo, aponta-se o acesso aos familiares, uma vez que o questionário só podia ser preenchido antes do início do atendimento (médico, psicólogo, dentre outros) ou das oficinas. Além disso, destaca-se recusa por parte de alguns familiares em responder o questionário.

Como desfecho secundário do estudo, os resultados serão apresentados à coordenação do CAPS III, profissionais de saúde e equipe gestora, para que, a partir disso, estratégias sejam traçadas visando a melhoria da qualidade do serviço.

Para finalizar, ressalta-se quanto à necessidade de realização de outras pesquisas, no sentido de ampliar os estudos envolvendo a temática do cuidador do paciente com transtorno mental, uma vez que a amostra estudada pode se configurar como uma limitação desta investigação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. et al. A convivência com o transtorno mental e a sobrecarga do cuidar exercida sob familiares: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 9, p. 647-654, 2017. Disponível em: < <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/REAS31.pdf>>. Acesso em 26 nov.2017.
- ALMEIDA, M. M. Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde. 2009. 44 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2009.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- ANDREATTA, D.; BARRETO, D. M. Saúde mental do cuidador: considerações acerca da sobrecarga vivenciada pelo familiar. *Pesquisa em Psicologia*, p. 231-242, 2015. Disponível em: < https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8688/4959> . Acesso em 26 nov.2017.
- ANJOS, K, F. A.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, jul/set.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf>. Acesso em 20 nov.2017.
- AVELINO, A. C. A. et al. O cuidado ao idoso portador de transtorno mental sob a ótica da família. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIII, n. 9, p. 75-83, mar.2013. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100008> .
- AZEVEDO, D. M. Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.
- BANDEIRA, M. et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *J BrasPsiquiatr*, v. 60, n. 4, p. 284-93, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a09v60n4.pdf>>. Acesso em 08 jun. 2017.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina, 2011.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E . Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, set.2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev. Psiq. Clín.*, São Paulo, v. 34, n. 6, p.270-27, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.
- BATISTA, C. F.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, D. R. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 9, p. 2857-2866, set. 2015 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2857.pdf>>. Acesso em 26 nov.2017.
- BESSA, J. B.; WAIDMAN, M. A. P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 61-70, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jul.2017.

BIELEMANN, V. L. M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em 4 jul.2017.

BORBA, L. O. et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.45, n.2, p. 442-429, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em 12 jul.2017.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados – 12*. Ano 10, nº 12. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rede De Atenção Psicossocial (RAPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial>. Acesso em 26 jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. *Lei n. 10.216, de 06 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. Brasília, DF: Presidência da República: Casa civil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 14 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental*. Brasília: MS; 2010a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 26 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Estabelece 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 12 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010b*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 26 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica sobre Saúde Mental*. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Progra-máticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Minis-tério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 28 jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 26 jun.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006*. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em 26 nov.2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. *A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRISCHILIARI, A. et al. Conception of family members of people with mental disorders on self-help groups. *Rev. Gaúcha Enferm*, v .35, n.3, p.29-35, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000300029>. Acesso em 12 jun.2017.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em famí-lia. *Esc. Anna Nery*, v. 16, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/sci-elo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100020>. Acesso em 12 jun.2017.

BUDINI, C. R.; CARDOSO, C. Concepções de doença mental por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. *Perspectiva*, Erechim, v. 36, n.136, p.143-154, dez.2012. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/136_315.pdf>. Acesso em 28 nov.2017.

BURIOLA, A. A. et al. Overload of caregivers of children or adolescents suffering from mental disorder in the city of Maringá, Paraná. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 344-351, jun.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200344&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 nov.2017.

CALGARO, A.; SOUZA, E. N. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos ser-viços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 476-83, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnferma-gem/article/view/6490/6968>>. Acesso em 11 jun.2017.

CAMILO, C. A. et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 82-92, 2012. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf> . Acesso em 24 nov.2017.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Campina Grande-Paraíba, 2010.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V.O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 nov.2017.

CARVALHO, P. A. L. et al. A família na reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 10, n. 5, p. 1701-1708, mai.2016.

CAVALCANTE, L. F. Gênero, família e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

CLEMENTINO, F.S. Avaliação da estrutura e processo de trabalho dos centros de atenção psicossocial. 2014. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COELHO, R. S.; VELÔSO, T. M. G; BARROS, S, M, M. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37 n. 2, p. 489-499,abr./jun., 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0489.pdf>>. Acesso em 12 jul.2017.

CONEJO, S. H.; COLVERO, L. A. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. *REME – Rev. Min. Enf.*,v. 9, n. 3, p. 206-211, jul./set., 2005. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/462>>. Acesso em 5 jul.2017.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 333-342, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0333.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *CienSaudeCo-let*, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em:<<http://www.sci-elo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2017.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Men-tal: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1133-44, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140472.pdf>>. Acesso em 11 jun.2017.

CUPIDI, C. Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer’s disease and Parkinson’s disease and its relationship to quality of life. *Int Psychogeriatr*, v. 24, n. 11, p. 1827-1835, 2012.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p. 1103-1126, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.

DUARTE, L. G. M. F.; NETO, J. L. F. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei , v. 11, n. 2, p. 473-488, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200016> . Acesso em 20 nov.2017.

DYNIEWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. 2. ed. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2009.

FACUNDES, Vera Lúcia Dutra. O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em saúde mental. 2010. 184 f. Tese (Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

FAVA, M. C; SILVA, N. R; SILVA, M. L. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.41, p. 41-55, jul./dez.2014. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/4690/3872>>. Acesso em 21 nov.2017.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Factors that interfere in patient compliance with chemical dependence treatment: health professionals' perceptions. *Reme - Rev min Enferm.*, v. 19, n. 2, p. 157-164, 2015.

FERREIRA, J. T. et al. Os centros de atenção psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. *Rev. Saberes, Rolim de Moura*, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan./jun. 2016. Disponível em: <<http://facsapaulo.edu.br/uploads/files/artigo%206.pdf>>. Acesso em 28 mai.2017.

FILHO, M. D. S. et al . Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicol. estud.*, Maringá , v. 15, n. 3, p. 639-647, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a22.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.

FILZOLA C. L. A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda. *Al-Anon. J Bras Psiquiatr.*, v. 58, n. 3, p. 181-186, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n3/07.pdf>>. Acesso em 5 jul.2017.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf>>. Acesso em 26 jun.2017.

FONTE, L. M. M; MELO, D. D. G. Apoio social e sobrecarga familiar: um olhar sobre o cuidado cotidiano ao portador de transtorno mental. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v.16, n.1, p.173-194, jan.-jun.2010. Disponível em: <<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/344/302>>. Acesso em 28 nov.2017.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em 28 jun.2017.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Textocontexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-157, jan-mar.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>>. Acesso em 20 nov.2017.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008

GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. *CiencCuid Saúde*, v. 10, n. 4, p. 763-722, 2011. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18321/pdf>>. Acesso em 4 jul.2017.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão

- Preto, v. 9, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/81-_A_reforma_psiqui%C3%A1trica_no_brasil_contextualiza%C3%A7%C3%A3o_e_reflexos_sobre_o_cuidado_com_o_doente_mental_na_fam%C3%ADlia.pdf>. Acesso em 28 jun.2017.
- GOULART, D. C. S.; SOARES, A. C. N. Famílias e dependência de drogas: interfaces com as políticas públicas. In: *Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais*, 3., 2013, Belo Horizonte. Anais... Belo Horizonte, 2013. p. 1-16.
- GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14.pdf>>. Acesso em 11 jun.2017.
- GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-9, abr/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.sci-elo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Dados do censo de 2010*. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *CiencCuid Saúde*, v. 11, n. 1, p. 173-180, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18875/pdf>>. Acesso em 08 jun. 2017.
- _____. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enfermagem*, Pelotas, n. 15, v. 4, p. 659-666, dez. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20362>>. Acesso em: 04 ago. 2017.
- _____. Avaliação qualitativa de ambiência num centro de atenção psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2059-66, 2011. Disponível em: <<http://www.sci-elo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a05.pdf>>. Acesso em 08 jun.2017.
- _____. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 273-282, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341771010>>. Acesso em 20 nov.2017.
- KEBBE, L. M. et al. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>>. Acesso em 23 nov. 2017.
- KEIKA, I.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 26, n.5, p. 891-899, mai.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500011> . Acesso em 22 nov.2017.
- LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saudesoc*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-12902008000100009>. Acesso em 11 jun.2017.
- LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão de literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 01, p. 48-56, mar.2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0048.pdf>>. Acesso em 01 mai.2017.

LOUZÃ, M. R.; ELKIS, H. Esquizofrenia. In: Louzã Neto MR, Elkis H. *Psiquiatria básica*. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.18.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/84/185-192.pdf>. Acesso em 11 jun.2017.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. Características de idosos com Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 587-594, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>>. Acesso em 27 nov.2017.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A. Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. *Aletheia*, Canoas, v. 40, n. 1, p. 111-119, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a10.pdf>>. Acesso em 20 nov.2017.

MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://stat.cbsm.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2021/2307>>. Acesso em 11 jun.2017.

MAGALHAES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300021>. Acesso em 11 jun.2017.

MARTENS, L.; ADDINGTON, J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v.36, n.3, p.128-133, 2001. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s001270050301>>. Acesso em 27 nov.2017

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

MENDES, C. F. M; SANTOS, A. L. S. dos. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 121 – 132, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n1/1984-0470-sausoc-25-01-00121.pdf>>. Acesso em: 01 mai 2017.

MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa Social*. Teoria, método e criatividade. 18ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

MORAES, E.N. *Atenção á saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012

NASCIMENTO, K. C. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 10, n. 3, p. 940-948, mar. 2016. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141077/000990845.pdf?sequence=1>>. Acesso em 28 nov.2017.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.680-688, out./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>>. Acesso em 4 jul.2017.

PAES, L. G. et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a08v11n2.pdf>>. Acesso em 26 jun.2017.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 730-736, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/03.pdf>>. Acesso em 24 nov.2017.

PEREIRA, A. C.; SILVA, L. L. A integração social e familiar dos pacientes com transtornos mentais por meio de atividades cotidianas. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v. 24, n.2, p. 197-206, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufv.br/seer/oikos/index.php/httpwwwseerufvbrseeroikos/article/view/150/179>>. Acesso em 12 jul.2017.

PINHO, L. M. G.; PEREIRA, A. M, S. Intervenção familiar na esquizofrenia: redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto, n. 14, p. 15-23, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 nov. 2017.

SANT'ANA, M. M. et al. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto Contexto de Enfermagem*. Florianópolis. v. 20, n.1, p. 50-58, jan/mar, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>>. Acesso em 22 nov.2017.

OLIVEIRA, E. N.et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. *RevFundCare Online*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan/mar. 2017.Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4340/pdf_1> . Acesso em 25 nov.2017.

OLIVEIRA, M. D.; SÁ, M. F.; ROCHA, M. L. Percepção da sobrecarga familiar nos cuidados ao paciente psiquiátrico crônico. *Enferm. foco.*, v. 2, n. 4, p. 245-7, 2011. Disponível: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/193/129>>. Acesso em 29 nov.2017.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 569-583, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300009>. Acesso em 28 jun.2017.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, Santa Cruz do Sul , n. 34, p. 146-160, jun. 2011 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-65782011000100009> Acesso em 20 nov. 2017.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: Satisfação com serviço. *Estudos de Psicologia*, v. 19, n. 1, p. 1-88, jan./mar. 2014. Dis-ponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n1/03.pdf>>. Acesso em 08 jun.2017.

SANTOS, C. F.; EULÁLIO, M. C.; BARROS, P. M. O sentido do cuidar para familiares de pessoas com transtorno mental. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, v.23, n.2, p.27-35, 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/5011/5269>> . Acesso em 23 nov.2017.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, v. 10, n. 60, p. 47-53, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84228212008>> . Acesso em 21 nov.2017.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670007.pdf>>. Acesso em 24 nov.2017.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rer Esc Enferm USP*, v.42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em 4 jul.2017.

SILVA, N. S; MELO, J. M; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm*, v. 16, n. 2, p. 280-288, abr./jun., 2012. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/530>>. Acesso em 11 jun. 2017.

SOARES, C. B; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Cienc Cuid Saude*, v. 6, n. 3, p. 357-362, jul/set. 2007. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4024/2717>> . Acesso em 28 nov.2017.

TABELEÃO, V. P.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. *Rev Psiq Clín.*, v. 41, n. 3, p. 63-66.2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n3/pt_0101-6083-rpc-41-3-0063.pdf>. Acesso em 28 nov.2017.

TOMOMITSU, M. R. S.V.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Campinas, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03429.pdf>>. Acesso em 28 nov.2017.

TROMBETTA, A.P.; RAMOS, F.R.S.; MISIAK, M. Familiares de pessoas com transtorno mental: expectativas sobre a doença. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.7, n.16, p.62-71, 2015. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2449/4327>>. Acesso em 26 nov.2017

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens psicossociais: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da cultura e das lutas populares*. vol. 2. São Paulo: Hucitec; 2008.

WAIDMAN, M, A, P.Estratégia de cuidado a famílias de portadores de transtornos mentais: experiências de um grupo de pesquisa. *Cienc Cuid Saúde*, v. 8, p. 97-103, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9724/5537>>. Acesso em 12 jul.2017.

WETZEL, C. et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 35, n. 2, p. 27-32, jun, 2014. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130030/000921437.pdf?sequence=1>>. Acesso em 26 jun.2017.

YAMASHITA, C. H. et al. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. *Mundo Saúde*, v. 34, n. 1, p. 20-4, ago.2010. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf> . Acesso em 22 nov. 2017.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário – BR 101 – Lagoa Nova – Natal (RN).

CEP: 59.072-970. Fone: (84) 3215-3196.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Sr. (a)

Este é um convite para você participar da pesquisa intitulada “**AValiação DA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**”, desenvolvida pelo doutorando Francisco de Sales Clementino, sob orientação do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, coordenador da Linha de Pesquisa “Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva”, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFRN e responsável por esta pesquisa.

Esta pesquisa tem por objetivo geral: Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde mental desenvolvida pelos CAPS do município de Campina Grande, Paraíba. Como objetivos específicos: Descrever a estrutura organizacional, considerando as diferenças entre as modalidades de CAPS instituídas pela Política Nacional de Saúde Mental; Avaliar o processo de trabalho, perfil dos trabalhadores, condições e sobrecarga de trabalho, além da organização da ação em saúde mental; Caracterizar os usuários segundo variáveis sociodemográficas e clínicas; Avaliar resultados da atenção em saúde mental desenvolvido pelos CAPS a partir do familiar: satisfação e sobrecarga; Verificar a existência de espaços que

possibilitem a diminuição do uso indiscriminado de medicamentos e a fragmentação do sujeito; Comparar o padrão de qualidade do serviço ofertado nas diferentes unidades avaliadas, apontando eventuais problemas que poderão ser solucionados.

A justificativa do estudo parte do pensamento de que a Reforma Psiquiátrica, alicerçada de uma proposta de transformação das ações em saúde mental se caracteriza por pensar caminhos e estratégias que ampliem a possibilidade de inclusão da loucura no convívio social, e viabilize o resgate da cidadania daqueles que vivenciam algum tipo de sofrimento psíquico grave. Dessa forma, espera-se contribuir no melhor atendimento dos usuários destes serviços de saúde através da identificação dos fatores que interferem na organização e operacionalização dos Centros de Apoio Psicossocial.

Caso decida participar, você deverá responder uma entrevista que será realizada com questionários validados, elaborados para o estudo CAPSUL (Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil), que serão aplicadas em local seguro, em condições de conforto, proteção e segurança pelo Coordenador e pesquisador responsável, e por uma equipe de entrevistadores previamente treinada, composta por estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - PB. No total serão distribuídos 1.272 questionários. Em média o tempo gasto com a aplicação do questionário completo será de 90 minutos por participantes. Ressalta-se que durante a realização das entrevistas não haverá gravação de voz e/ou imagem.

Os questionários avaliam as seguintes dimensões:

- Estrutura: inclui-se área física; recursos humanos e materiais.
- Processo: inclui-se processo de trabalho e organização da atenção em saúde mental. Para a avaliação do processo de atendimento psicossocial, desenvolvido nos CAPS, será realizada uma auditoria dos registros dos usuários, com verificação do conteúdo relativo a projeto terapêutico do serviço, plano terapêutico individual do usuário; normas e atividades padronizadas; sistema de referência e contra-referência; registro de atendimentos em prontuários. O processo de trabalho será avaliado através de satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde, perfil dos trabalhadores, condições de trabalho.
- Resultados: através dos familiares, através da avaliação da satisfação e sobrecarga.

Durante a realização (questionários validados, elaborados para o estudo CAPSUL) a previsão de riscos é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Destaca-se que ao responder o instrumento poderá

apresentar estados emotivos e sentimentos de tristeza, silêncios, choros, entre outros, os quais serão atenuados com o apoio psicológico, acolhimento e escuta ativa. Persistindo, o estado, reagendar caso consinta e encaminhar a rede de serviços de saúde mental, ou suspender a aplicação, podendo ser substituído por um outro sujeito de pesquisa em acordo com os critérios de inclusão definidos.

A presente pesquisa oferece risco ou desconforto mínimo ao participante, pois não envolve experimentos de qualquer natureza, tampouco utilizará drogas em seres humanos. Não haverá pagamento por sua participação nesta pesquisa, devendo a mesma ser espontânea e voluntária, mediante os esclarecimentos sobre objetivos, procedimentos metodológicos, resultados, conclusões e divulgação. No entanto, na ocorrência, em qualquer momento, de algum dano causado pela pesquisa ao sujeito, seja ele de origem física ou moral, o participante terá direito à indenização, desde que se comprove legalmente esta necessidade, segundo as leis brasileiras. Além disso, assegura-se ao participante o direito de se recusar a responder perguntas que lhes cause constrangimento de qualquer natureza.

Os benefícios ao participante serão da ordem de promoção do conhecimento acerca da política de saúde mental do município de Campina Grande – Paraíba. Além disso, será realizado um fórum municipal com gestores e profissionais dos CAPS para discutir a avaliação dos resultados da atenção em saúde mental desenvolvido pelos CAPS considerando as dimensões propostas pelo estudo: estrutura, processo e resultados com base na Política Nacional de Saúde Mental; e elaboração de três *papers* para congressos.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência gratuita que será prestada pelo acompanhamento de um dos pesquisadores e encaminhamento ao serviço de saúde condizente o disponibilizado na rede de serviços do referido Município, do qual existe a inserção e anuência da pesquisa. Nesse sentido, a rede de saúde Campina Grande, assume, a co-participação e responsabilização na ocorrência de eventualidades.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para o Professor Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda. End.: Av. Ayrton Senna, 16, Residencial Santa Clara, Apto. 22. Capim Macio, Natal (RN), Brasil. CEP: 59.080-100. Fone: (84) 8710-1851. E-mail: farnoldo@gmail.com.

Sua participação é voluntária, o que significa que você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados por cinco anos consecutivos, em arquivo próprio localizado no Departamento de Enfermagem, na Sala 20, campus universitário da UFRN, sob os cuidados do Professor Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

Caso tenha algum gasto financeiro pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado a você, no valor correspondente ao valor investido. Os pesquisadores não se responsabilizam por despesas outras que não estejam diretamente vinculado a situação de pesquisa, tampouco, prometerá benefícios para participar na mesma.

Qualquer dúvida sobre a condição ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone: (84) 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável o Professor Dr. Francisco Arnaldo Nunes de Miranda.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Serviços substitutivos em saúde mental: uma nova institucionalidade?”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, 22 de agosto de 2015.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

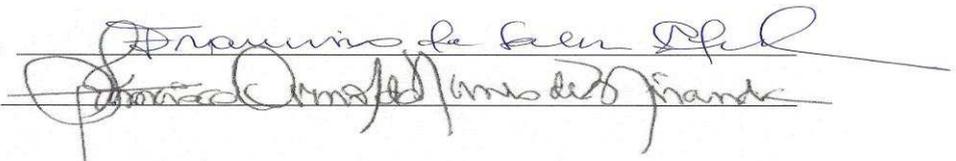
Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Serviços substitutivos em saúde mental: uma nova institucionalidade?”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e

assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, 22 de agosto de 2015.

Assinaturas: 

Doutorando Francisco de Sales Clementino

Professor Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário validado elaborado para o estudo CAPSUL

Questionário para o FAMILIAR do usuário do CAPS	
Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental do município de Campina Grande – Paraíba.	
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Campina Grande - Paraíba	
BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO	
Número de identificação: _____	nq ____ __
1. Cidade: _____	cd ____
2. Estado: _____	est _
3. Entrevistador: _____ Data da entrevista: __ / __ / _____ horário de início: __ : __	
4. Em que local foi realizada a coleta dos dados? (1) No CAPS (2) Parte no CAPS, parte no domicílio (3) No domicílio (4) outro _____	let _
5. Tipo: (1) CAPS I (2) CAPS II (3) CAPS III	tpc _
6. Entrevistado: _____ Telefone /contato: _____ Nome do usuário: _____	
7. Vínculo: _____ (1) Pai/Mãe (3) Cônjuge (2) Irmão (4) Outro. Qual? _____	vinc _
8. Sexo: (1) feminino (2) masculino	sexo _
9. Idade: ____ (anos completos)	idad _ _ _

10. Data de nascimento: __/__/____	dn __/__/____
11. Qual seu estado civil? (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado (4) divorciado (5) viúvo (6) outro, qual? _____	stciv _
12. O sr(a) sabe ler? (0) Não (1) Sim Se Não pule para 15	slerf _
13. Até que série o senhor(a) estudou? (01) sem escolaridade (02) ensino fundamental completo (07) curso técnico incompleto (03) ensino fundamental incompleto (08) ensino superior completo (04) ensino médio completo (09) ensino superior incompleto (05) ensino médio incompleto (10) pós-graduação completa (06) curso técnico completo (11) pós-graduação incompleta <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> Para entrevistador preencher Total de anos de estudo _____ </div>	aest _ _
15. O senhor(a) tem trabalho remunerado? (0) Não (1) Sim Se Não pule para 17	trab _
16. Qual sua carga horária semanal? __/ semana	cargh _ _
17. Qual a renda da sua família no último mês? __. ____., __	rfd __. ____.
18. Quantas pessoas moram na sua casa? __	peso _ _
19. O senhor(a) é o único que cuida de seu familiar? (0) Não (1) Sim Se não , quantas pessoas dividem o cuidado do seu familiar com o sr (a). __	uncui _ dcui _ _
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O CAPS	
20. O senhor(a) se sente sobrecarregado com os cuidados do familiar? (0) Não (se não, passe para 21) (1) Sim	sesob _

<p>21. Na sua opinião, o serviço poderia ser melhorado? (1) Sim (2) Não (encerre o questionário) (3) Não sei (encerre o questionário.)</p>	sermel_
<p>22. Se sim, de que forma?</p> <hr/> <hr/> <hr/>	opn 1 __ opn 2 __ opn 3 __ opn 4 __ opn 5 __

ANEXO 2 - Termo de Autorização para Uso de Instrumentos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Professora Doutora **Luciane Prado Kantorski** vinculada a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, coordenadora do Projeto de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II **autorizo Francisco de Sales Clementino** doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, que tem como Projeto de Doutorado a temática dos Serviços Substitutivos em Saúde Mental no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, particularmente na construção interinstitucional desta política no estado da Paraíba, a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, orientando do Prof. Dr. Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, **a utilizar os instrumentos** de coleta de dados aplicados aos coordenadores, profissionais, usuários e familiares com o objetivo de adaptação e aplicação nessa mesma população do referido projeto. Solicito que nas publicações derivadas do referido projeto quando os resultados forem obtidos a partir dos questionários do CAPSUL I ou II (em versão original ou adaptada) seja feita explícita referência à utilização dos instrumentos.



Luciane Prado Kantorski
Coordenadora do Projeto de
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil – CAPSUL I e II

ANEXO 3 - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviços substitutivos em saúde mental: uma nova institucionalidade?

Pesquisador: FRANCISCO ARNOLDO NUNES DE MIRANDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30409814.3.0000.5537

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 719.435

Data da Relatoria: 30/05/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto representa um estudo objetivando elaboração de tese de doutorado de aluno do Programa de Pós - Graduação em Enfermagem da UFRN. O mesmo visa avaliar uma série de serviços de saúde mental no município de Campina Grande/PB, representados por unidades CAPS - Centros de Atenção Psicossocial desse município.

O estudo será do tipo transversal, com caráter descritivo e analítico. Serão realizadas entrevistas com questionários validados em estudo anterior feito na região sul do Brasil (estudo CAPSUL). Os sujeitos da pesquisa serão profissionais que trabalham nos CAPS, usuários destes serviços e familiares desses usuários. A amostra será constituída por 79 profissionais de nível superior, 88 de nível técnico, 361 usuários, 372 familiares e 372 prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde mental desenvolvida pelos CAPS do município de Campina Grande, Paraíba.