



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**TRANSTORNO MENTAL: PERCEÇÃO DO PROFISSIONAL DO CAPS SOBRE SUA  
FORMAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA**

Mariane Santos Janczeski Bogo

UBERABA-MG  
2018

Mariane Santos Janczeski Bogo

**Transtorno mental: percepção do profissional do CAPS sobre sua formação e a participação da família**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Cibele Alves Chapadeiro

UBERABA-MG  
2018

MARIANE SANTOS JANCZESKI BOGO

**TRANSTORNO MENTAL: PERCEÇÃO DO PROFISSIONAL DO CAPS SOBRE SUA  
FORMAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA**

Data da aprovação: 03/08/2018

**Membros Componentes da Banca Examinadora:**

---

**Presidente e Orientador:** Prof. Dr. Cibele Alves Chapadeiro  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

**Membro Titular:** Prof. Dr. Conceição Aparecida Serralha  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

**Membro Titular:** Prof. Dr. Patricia Leila dos Santos  
Universidade de São Paulo

**Local:** Universidade Federal do Triângulo Mineiro  
Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico à vida, que de uma forma ou de outra, encaixa as peças que compõe esse grande e incrível quebra-cabeças que vivemos, mostrando-me sempre que, não importa o quão incerta eu esteja em relação à sua execução, ela sempre o monta perfeitamente.

## **AGRADEÇO**

À Prof. Dr. Cibele Alves Chapadeiro, por ter sempre acreditado no meu potencial, confiado em nossas realizações, me acolhido em diversos momentos sempre com muito afeto e consideração, e por compartilhar comigo todo seu universo interior e conhecimentos conquistados ao longo de sua caminhada.

À minha família, que mesmo distante fisicamente, nunca deixaram de me apoiar, acreditar e contribuir para minhas realizações e sonhos. Agradeço imensamente tudo o que fazem por mim. Amo vocês.

À todos amigos e amigas que me acompanham e acompanharam em Uberaba. São trocas extremamente ricas, que me ensinam, fazem crescer e dão energia para que eu não desista do que almejo.

À Deus (Grande Espírito), que me guia diariamente, estando presente em mim e em tudo que há, mostrando-me tudo que sou e direcionando-me para tudo que preciso.

Aos participantes desta pesquisa, por compartilhar suas experiências e conhecimentos, tornando possível essa realização.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b>	06
<b>Abstract</b>	07
<b>Apresentação da Dissertação</b>	08
<b>Estudo 1</b>	09
Resumo	09
Introdução, justificativa e objetivo	10
Método	15
Resultados	17
Discussão	17
Considerações Finais	35
Referências	37
<b>Estudo 2</b>	41
Resumo	41
Introdução, justificativa e objetivo	43
Método	46
Resultados	49
Discussão	49
Considerações Finais	69
Referências	71
<b>Considerações Finais da Dissertação</b>	75
<b>Referências da Dissertação</b>	78
<b>Apêndices</b>	84
Apêndice A – Roteiro de entrevista com os profissionais	84
Apêndice B – Termo de Consentimento para profissionais	86
<b>Anexos</b>	88
Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética	88

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem conduzindo diversas mudanças na compreensão e cuidado aos indivíduos com transtornos mentais, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o serviço responsável pelo atendimento desses sujeitos. O cuidado da família adquire importância a partir da desinstitucionalização e desospitalização preconizados pela Reforma Psiquiátrica, como corresponsável pelo tratamento de seu familiar. Foram realizados dois estudos que tiveram como objetivo compreender como é o perfil dos profissionais que atuam no CAPS e o entendimento dos mesmos sobre o transtorno mental e a participação da família no tratamento de seu familiar com transtorno mental. Os estudos foram realizados com 10 profissionais de nível superior que trabalhavam em um CAPS 2 há pelo menos um ano. Os estudos foram pesquisas qualitativas. Foram realizadas entrevistas utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado para cada estudo. Os dados foram tratados pela análise de conteúdo de Bardin e interpretados segundo a teoria familiar sistêmica e a literatura da área. A partir da análise do primeiro estudo, emergiram quatro categorias: 1- Formação profissional em saúde mental; 2- Percepção do profissional sobre o sofrimento mental; 3- Evolução do indivíduo com transtorno mental no tratamento; 4- Transtornos mais frequentemente atendidos no CAPS. A análise dos dados do segundo estudo produziu seis categorias: 1- Visão de família; 2- Desenvolvimento e avaliação das atividades com as famílias; 3- Envolvimento/participação da família no tratamento e nas atividades do CAPS; 4- Formas de acesso utilizadas pelos profissionais para conseguir o envolvimento da família no tratamento do usuário; 5- Mudanças no relacionamento família-usuário; 6- Repercussões do envolvimento da família no transtorno mental do familiar. A partir dos dados dos dois estudos, discute-se a complexidade do sofrimento mental, analisando os tipos e frequência que costumam ser mais atendidos no serviço, além do perfil e atuação dos profissionais que atuam nesse CAPS, demonstrando a evolução da Reforma Psiquiátrica. O CAPS oferece diversas atividades como os grupos de família, assembleias, palestras, seminários, passeatas, oficinas, atividades sócio culturais e beneficentes e a maioria dos familiares participam. Os profissionais do estudo avaliaram as atividades realizadas na instituição, tanto com usuários como com os familiares, acreditando corresponderem à proposta do CAPS, dentro da proposta psicossocial. Ressalta-se a importância da renovação e criação de novas estratégias de atuação e atividades com os usuários, além da participação e apoio da família, sendo essenciais para a reabilitação.

**Palavras-chave:** Profissionais de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Família.

## ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform has led to several changes in the understanding and care of individuals with mental disorders, and the Psychosocial Attention Center (CAPS) is the service responsible for these subjects. The care of the family acquires importance from the deinstitutionalization and de-hospitalization advocated by the Psychiatric Reform, as co-responsible for the treatment of its relative. Two studies were carried out to understand the profile of the professionals working at the CAPS and their understanding about mental disorders and family participation in the treatment of their family member with mental disorder. The studies were conducted with 10 top-level professionals who had worked in a CAPS 2 for at least one year. The studies were qualitative research. Interviews were conducted using a semi-structured interview script for each study. The data were treated by the Bardin content analysis and interpreted according to the systemic family theory and the literature of the area. From the analysis of the first study, four categories emerged: 1- Vocational training in mental health; 2- Perception of the professional about mental suffering; 3- Evolution of the individual with mental disorder in the treatment; 4- Disorders most frequently seen in the CAPS. Data analysis of the second study produced six categories: 1- Family view; 2- Development and evaluation of activities with families; 3- Involvement of the family in the treatment and activities of the CAPS; 4- Forms of access used by professionals to achieve the involvement of the family in the treatment of the user; 5- Changes in the family-user relationship; 6- Repercussions of family involvement in the mental disorder of the family member. From the data of the two studies, the complexity of mental suffering is analyzed, analyzing the types and frequency that are most frequently served in the service, as well as the profile and performance of the professionals working in this CAPS, demonstrating the evolution of the Psychiatric Reform. The CAPS offers various activities such as family groups, assemblies, lectures, seminars, marches, workshops, cultural and charitable activities, and most of the family members participate. Study professionals evaluated the activities performed at the institution, both with users and their families, believing that they correspond to the CAPS proposal, within the psychosocial proposal. The importance of the renovation and creation of new strategies of action and activities with the users, besides the participation and support of the family, is essential, and they are essential for the rehabilitation.

**Keywords:** Health Professional; Mental Health Service; Family.



## APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Durante minhas visitas realizadas nos Hospitais Psiquiátricos de várias localidades, no final da minha graduação, pude acompanhar de perto a rotina dos profissionais das instituições, suas dificuldades, potencialidades, atuações e buscas. Além disso, o contexto era de transição devido a Reforma Psiquiátrica, esses hospitais estavam reduzindo drasticamente o número de internos. Acompanhei também a tentativa de alguns profissionais em atualizar suas informações e capacitações diante do novo modelo psicossocial, e a dificuldade de compreensão e adaptação de outros diante de toda mudança vivenciada. Pude perceber também que a *família* era sempre uma questão vigente em todas as discussões das equipes, sendo a participação da mesma nos serviços, a maior dificuldade que os profissionais encontravam para o sucesso no tratamento dos internos.

Diante disso, achei pertinente conhecer a rotina dos profissionais de saúde presentes no serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos - o CAPS, a formação dos mesmos, suas visões dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, suas atuações, rotina, atividades, dificuldades, facilidades e a relação com os familiares dos usuários da instituição. Como a questão da participação familiar era uma dificuldade para os profissionais nos Hospitais Psiquiátricos, e observando lacunas na literatura, decidi pela investigação de como os profissionais do CAPS percebiam essa participação, como ocorre e quais suas repercussões. Este estudo pode contribuir para um melhor entendimento de como os profissionais de um CAPS vivenciam os transtornos mentais em um paradigma psicossocial e o envolvimento da família no tratamento de seus familiares em sofrimento mental.

## ESTUDO 1

CAPS e Saúde Mental: Formação e visão dos profissionais da instituição

CAPS and Mental Health: Training and vision of the institution's professionals

### Resumo

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem conduzindo diversas mudanças na compreensão e cuidado aos indivíduos com transtornos mentais, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o serviço responsável pelo atendimento desses sujeitos. Essa pesquisa busca compreender como é o perfil dos profissionais que atuam no CAPS e o entendimento dos mesmos sobre o transtorno mental, sua evolução e frequência. Foram realizadas entrevistas com profissionais de nível superior. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin, das quais originou 4 categorias. Os resultados mostraram que todos os profissionais possuem especializações. Acreditam que o sofrimento mental é complexo, anunciando algo que muitas vezes não é dito e revelado, como porta-voz da sociedade. Os transtornos mais frequentes são o afetivo bipolar, os de personalidade e psicose. O perfil e atuação desses profissionais demonstram que o processo da Reforma Psiquiátrica tem sido efetivo nesse CAPS.

**Palavras-chaves:** Profissionais de Saúde; Serviços de Saúde Mental; Família

### Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform has led to several changes in the understanding and care of individuals with mental disorders, and the Psychosocial Attention Center (CAPS) is the service responsible for these subjects. This research seeks to understand the profile of the professionals working in the CAPS and their understanding of the mental disorder, its evolution and frequency. Interviews were conducted with professionals of higher education. The interviews were submitted to the content analysis of Bardin, from which it originated 4 categories. The results showed that all professionals have specializations. They believe that mental suffering is complex, announcing something that is often not said and revealed, as society's spokesperson. The most frequent disorders are bipolar affective, those of personality and psychosis. The profile and performance of these professionals demonstrate that the Psychiatric Reform process has been effective in this CAPS.

**Key-words:** Health Professional; Mental Health Service; Family;

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nas últimas décadas houve um crescente aumento na prevalência de transtornos mentais na população mundial. Estima-se que cerca de 650 milhões de pessoas apresentem alguma especificidade de transtorno mental (Reis, Pereira, Cardoso & Gherardi-Donato, 2013; World Organization Health, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001, citado por Reinaldo & Santos, 2016), saúde mental “é o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa... é algo mais do que a ausência de transtornos mentais” (p. 4). E transtornos mentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por “alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida.” (p. 18).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início no final da década de 70 e vem conduzindo diversas mudanças no que se refere à maneira de compreender e lidar com o transtorno mental. Trata-se de um movimento jurídico, político, social, cultural, e histórico que busca questionar e elaborar propostas para a transformação do modelo clássico do paradigma psiquiátrico, em que o indivíduo em sofrimento mental devia ser afastado para tratamento em instituições especializadas, buscando reorientar tal forma de cuidado e determinados saberes e fazeres sobre o fenômeno da doença mental (Amaral & Rieth, 2015; Amorim & Otani, 2015).

A reforma visa substituir o modelo hospitalar, no qual predomina a lógica assistencialista da segregação, por um modelo de atendimento integral que preza a permanência dos indivíduos em sua comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e garantindo seus direitos de

cidadãos, consolidado em um paradigma psicossocial, com a lógica da produção de saúde e de laços sociais (Pinho, Hernández, & Kantorski, 2010a; Amaral & Rieth, 2015).

O Paradigma Psicossocial compreende o processo saúde-doença como um sistema social complexo e que demanda uma atuação interdisciplinar (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Compreende práticas sociais que possibilitam a inclusão de indivíduos que historicamente são alvos de forte exclusão social, estigma e preconceito. Em outras palavras, o paradigma psicossocial preconiza um trabalho na perspectiva da desinstitucionalização, não focada na cura da doença, na normalização dos sujeitos, mas na existência de sofrimento humano como objeto real de uma intervenção (Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010). Paradigma, segundo Kuhn (2006), é um conjunto de conceitos que são tomados como válidos para que seja possível, a partir dele, construir conhecimento. Um paradigma fornece os fundamentos sobre os quais uma dada comunidade científica desenvolve seu conhecimento.

As discussões sobre a saúde mental culminaram na criação de uma série de políticas públicas que têm como objetivo a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede de serviços substitutivos capazes de oferecer assistência mais qualificada à população que dependia exclusivamente do hospital. Os principais recursos que hoje estão implementados como alternativas terapêuticas aos manicômios são: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residência Terapêutica (SRT), o Programa de Volta para Casa, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os atendimentos prestados pelas equipes de saúde da Atenção Básica (Brasil, 2004; Amaral & Rieth, 2015).

Os CAPS foram instituídos pela Portaria Ministerial 336/GM, de 2002, com a lei n. 10.216/2001, caracterizando-se como serviços responsáveis pelo atendimento prioritário de pacientes/usuários com transtornos mentais severos e persistentes, em tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo e funcionando segundo a lógica de cada território. Destacam-se, portanto,

por serem um serviço territorial, não intramuros como os demais serviços tradicionais de saúde mental. Desinstitucionalizar não significa somente derrubar muros, mas também, desconstruir formas de olhar e transformar estruturas mentais (Amorim & Otani, 2015).

Em uma perspectiva histórica, é importante notar que a proposta de criação dos Centros de Atenção Psicossocial responde ao processo de redemocratização no país que, no âmbito da saúde, teve como marcos a reforma sanitária e a tentativa de viabilizá-la através da criação do Sistema Único de Saúde (Jucá, Nunes, & Barreto, 2009). Os CAPS devem desempenhar papel fundamental na ampliação de lugares sociais a serem habitados pelas pessoas em sofrimento psíquico (Yasui, 2010). Dessa forma, evidencia-se a importância de estratégias de reinserção dos usuários em seus múltiplos contextos sociais. Ainda, o objetivo do tratamento nos CAPS deve ser possibilitar às pessoas o gerenciamento de suas vidas, viabilizando sempre maior autonomia e aumentando a capacidade de escolha dos usuários (Amorim & Otani, 2015).

Por outro lado, novas modalidades de tratamento não determinam que as pessoas em sofrimento mental possam efetivamente assumir a condição de cidadão, pois novos serviços podem estar embasados em antigas práticas manicomiais e excludentes (Pinho, Souza e Espiridião, 2018). Nesse sentido, os serviços devem estar atentos e em constante processo de reflexão em relação às práticas que estão sendo desenvolvidas. É fundamental a constante atenção ético-técnica dos envolvidos nesse processo, para que de fato ocorra a mudança de paradigma, considerando que a reabilitação implica em transformação total de toda política dos serviços de saúde mental (Pinto & Ferreira, 2010; Amorim & Otani, 2015). Dessa forma, faz-se essencial a avaliação periódica com o usuário, familiares e/ou cuidadores a partir da discussão entre a equipe dos serviços, readequando as necessidades que vão surgindo (Pinho et al., 2018).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (1987, citada por Amorim & Otani, 2015) a reabilitação psicossocial é o conjunto de atividades que possibilitam aumentar as

oportunidades de recuperação dos indivíduos e diminuir os efeitos da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (Amorim & Otani, 2015). Ressalta-se que reabilitar não consiste em simplesmente adaptar os desabilitados e sim, um processo em busca de mudanças de determinadas regras e para que a sociedade passe, cada vez mais, a conviver com as diferenças, o que indica, além de transformação da atenção dos serviços de saúde, uma transformação social mais ampla (Amorim & Otani, 2015).

O ponto fundamental da reabilitação psicossocial é a construção de cidadania plena que depende de diversos fatores que operam contrários ou favoráveis à contratualidade em casa, no trabalho e na rede social, sendo que essa corresponde também à possibilidade do sujeito em produzir trocas afetivas e materiais (Amorim & Otani, 2015; Fonseca & Figueiredo, 2015; Salles & Miranda, 2016; Pinho et al., 2018). Assim, o aumento do poder contratual e da autonomia dos usuários tem papel central no trabalho em saúde mental (Amorim & Otani, 2015; Fonseca & Figueiredo, 2015; Abrahão, Azevedo & Gomes, 2017).

Silva, Esperidião, Cavalcante, Souza e Silva (2013) entendem que o trabalho em saúde mental, necessariamente, deve ocorrer em equipe, destacando a importância da interdisciplinaridade, embora esta nem sempre seja uma tarefa fácil. Em princípio, a equipe deixa de ser um conjunto de categorias específicas para formar um novo coletivo, de forma interdisciplinar e responsável por atender as diferentes demandas e dimensões dos sujeitos em sofrimento mental (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010b). Dessa forma, a interdisciplinaridade não propõe abolir as especificidades de cada atuação, e sim buscar a interação entre as categorias profissionais sem perder a especificidade.

A transformação do modelo de atenção à saúde mental é um processo social complexo, que exige a participação social, a revisão epistemológica de concepções de cuidado e mudança na subjetividade dos trabalhadores, como forma de consolidar novas práticas de cuidado e atuação,

associadas aos outros processos de transformação (Vasconcelos, Jorge, Catrib, Bezerra & Franco, 2016).

Considerando a importância das conquistas advindas da Reforma Psiquiátrica para o cuidado em saúde mental, percebe-se que essas transformações não acontecem de forma unânime em todas as dimensões. Apesar da abertura de um número significativo de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial, ainda existem lacunas entre a gestão da Política de Saúde Mental, os serviços substitutivos e, a concepção de cuidado por parte dos profissionais. Faz-se importante refletir sobre algumas lacunas como: a escassez de recursos e de investimentos nos dispositivos de saúde mental, a falta de preparo ou enrijecimento de alguns profissionais que ainda não compreendem o modelo de atenção sinalizado pela Política de Saúde Mental brasileira e a importância das mudanças na formação profissional em saúde, além da formação continuada dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar dos serviços.

Assim, um dos aspectos importantes para novas práticas na saúde mental, é o processo de formação dos profissionais da saúde. Para se verificar como o profissional apreendeu esta formação, pode-se conhecer o perfil e o entendimento desses trabalhadores da saúde mental, no contexto do processo da Reforma Psiquiátrica. Assim, considerando a complexidade e as implicações dos processos de mudanças na assistência e atuação em saúde mental, essa pesquisa busca compreender como é o perfil dos profissionais que atuam no CAPS e o entendimento dos mesmos sobre o transtorno mental, sua evolução e frequência.

Este estudo tem como objetivos específicos: descrever a formação em saúde mental dos profissionais do CAPS; verificar qual o entendimento dos profissionais sobre o sofrimento mental; verificar a compreensão dos profissionais sobre a evolução dos transtornos mentais dos usuários do CAPS; Identificar os transtornos mentais mais frequentes no CAPS.

## **Método**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada em um referencial sistêmico e nas pesquisas relacionadas ao tema.

### **Local**

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 2, em que o estudo foi realizado, é uma organização filantrópica de direito privado, conveniado com o SUS, instituída em 17 de julho de 1991, chamado de CAPS Maria Boneca, apoiado pela Fundação Gregório Barenblit, situado em Uberaba-MG.

O CAPS Maria Boneca conta com uma equipe multiprofissional que oferece diversas atividades terapêuticas. Os profissionais presentes que atuam na instituição são: dois psiquiatras, sete psicólogas, uma farmacêutica, um auxiliar de farmácia, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um terapeuta ocupacional, uma cozinheira, um auxiliar de cozinha, dois auxiliares de serviços gerais e um auxiliar administrativo.

Os usuários que realizam tratamento no CAPS passam uma parte do dia ou o dia todo realizando diversas atividades na instituição e depois voltam para suas casas. Por tratar-se de demanda agravada o tratamento é realizado em regime intensivo, sendo que a maior parte dos usuários permanece sob cuidados terapêuticos 8h/dia, 5 dias por semana, durante os 12 meses do ano.

### **Participantes**

Os critérios de inclusão dos participantes foram profissionais: (a) de formação no ensino superior (b) que trabalhassem na instituição há pelo menos um ano, (c) que realizavam ou já haviam realizado atividade com os familiares e usuários na instituição e (d) que tivessem disponibilidade no tempo de coleta para o mestrado (seis meses).



Participaram do estudo 10 profissionais de um CAPS 2, sendo 7 psicólogas, 1 assistente social, 1 enfermeiro e 1 psiquiatra. Três deles eram homens e 7 eram mulheres, na faixa etária de 30 a 60 anos, predominando a faixa etária entre 40 e 60 anos

### **Instrumento**

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), construído pelos pesquisadores e baseado na literatura, que versou sobre a formação dos profissionais que trabalham na instituição, suas trajetórias de estudo e trabalho em Saúde Mental, o entendimento dos profissionais sobre os transtornos mentais/sofrimento mental dos usuários; como se dá a evolução do quadro de sofrimento mental dos usuários e quais os transtornos mais atendidos na instituição.

### **Procedimento**

Os profissionais foram contatados no CAPS 2 e foram convidados a participar da pesquisa. Foi realizada uma entrevista com os profissionais, individualmente, no próprio CAPS. No momento da entrevista, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), sendo entregue uma cópia do termo. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na instituição, garantindo o sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. Foi solicitada a permissão para áudio gravar a entrevista e informada a destruição da gravação *a posteriori*. As entrevistas tiveram duração média de uma hora.

### **Procedimentos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS – MS, protocolo número

2.289.026 (Anexo A). As gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos na Pós-Graduação em Psicologia, quando então serão destruídas.

### **Análise de dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra para a análise de dados. A análise dos relatos dos entrevistados foi baseada na análise de conteúdo de Bardin (2010). De acordo com Bardin (2010), a análise de conteúdo se faz pela técnica de codificação que transforma os dados brutos do texto, por meio de recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. Nesse sentido, é uma técnica que agrupa temas, expressões, discursos, modos de interação, entre outras particularidades, a qual permite o entendimento do que ocorre em grupos reais (Bardin, 2010). A análise permite visualizar os núcleos organizadores dos discursos, as variáveis e categorias, bem como os conflitos e consensos estabelecidos pelas pessoas do grupo estudado, possibilitando observar os dados por meio de uma visão ampla (Reis & Bellini, 2011).

A análise de conteúdo de Bardin (2010) salienta seu caráter social, uma vez que é uma técnica com o intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva. Bardin (2010) propõe as etapas da técnica, que foram organizadas em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

## **Resultados e Discussão**

Do conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS, foram extraídas quatro categorias: Formação profissional em saúde mental; Percepção do profissional sobre o sofrimento mental; Evolução do indivíduo com transtorno mental no tratamento; Transtornos mais frequentemente atendidos no CAPS. Serão apresentadas as categorias com falas ilustrativas dos participantes, que serão identificados por uma letra e um número.

### ***Formação profissional em saúde mental***

Sete dos 10 profissionais entrevistados eram psicólogos, sendo os outros três Psiquiatra, Enfermeiro e Assistente Social. Todos os profissionais possuem especializações. Metade deles têm Especialização em Saúde Mental, Análise Institucional e Esquizoanálise. Três possuem Especialização em Esquizodrama e Saúde Coletiva. Importante pontuar que o fato de metade deles ter formação complementar em saúde mental é muito importante, mas que todos os outros também têm algumas outras formações complementares, entre elas a de Acompanhamento Terapêutico, Saúde Coletiva e Análise Institucional, que também são úteis no CAPS, e é claro também as formações que orientam a atividade da profissão, como a Psiquiatria, Esquizodrama, Esquizoanálise e Transpessoal.

Dois profissionais estão na Instituição desde sua Fundação, há 27 anos, e outros dois estão desde o início das atividades e atendimentos do CAPS, há 25 e 22 anos. A profissional mais recente na instituição está há 2 anos. O tempo de trabalho no CAPS variou de dois a 27 anos, a maioria há mais de 10 anos, o que indica boa experiência dos profissionais e provavelmente engajamento com o CAPS e com a saúde mental.

Em relação à formação dos profissionais, destaca-se a fala de um deles sobre a importância da formação continuada, como as supervisões. Os profissionais que fizeram os relatos serão identificados pela letra P e um número de identificação.

*Claro que o psicólogo precisa, vai aprender isso quando você for fazer clínica, ir aprendendo um pouco mais de neutralidade. Totalmente é impossível, mas a gente acaba se misturando... por isso que é importante ter supervisão. Eu pago até hoje supervisão você acredita? Não é sempre, agora não né, eu falo pra ela “não, tem dó, já me ensinou demais”, mas tem casos daqui que apesar de ter supervisão institucional, tem casos da psicoterapia que eu levo pra supervisão, pra ver até onde eu estou misturando, porque supervisão é isso né? Até onde eu estou misturando com o paciente ou não...né? (P1)*

Silva et al. (2013) ressaltaram, em sua pesquisa, a importância da educação permanente para os profissionais que atuam no CAPS, uma vez que está relacionada à qualidade das atividades oferecidas. A necessidade de educação permanente em saúde mental decorre, segundo eles, da especificidade desta área do conhecimento no setor da saúde, somando-se o fato de que muitos profissionais tiveram sua formação acadêmica anterior ao processo da Reforma Psiquiátrica; e também porque a academia não conseguiu, ao longo do tempo, trabalhar a temática em consonância à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

No estudo realizado por Leite & Rocha (2017), os resultados acerca da perspectiva dos profissionais sobre como e em que espaços se produz a Educação Permanente em Saúde (EPS) apontam para capacitações, cursos e seminários que contemplem as demandas dos serviços. Esse aspecto revela que a concepção de como fazer ainda está vinculada à formação profissional realizada em espaços formais e planejados para tal. Contudo, os profissionais associam a importância da formação aliada às necessidades cotidianas do trabalho em saúde mental, o que demonstra a possibilidade de construir a interface entre capacitações e EPS ao unir conhecimento técnico e a reflexão sobre o que esse conhecimento pode produzir na prática específica de cada contexto.

Metade dos profissionais já tinha contato com o CAPS antes de serem contratados, seja através de estágios realizados pela faculdade, seja através de trabalhos voluntários. Uma profissional disse ter despertado seu interesse, encantamento e paixão após estágios realizados no CAPS. Dois dos 10 profissionais estão no CAPS desde o início da Fundação (27 anos), sendo que um deles começou a trabalhar em função administrativa até que concluiu o curso de Serviço Social, que é sua atuação atual. Outros dois profissionais começaram a trabalhar voluntariamente até a situação do CAPS regularizar. Um dos profissionais é um dos fundadores do CAPS:

*Eu sou umas das instituidoras... acabaram sendo mais umas dez pessoas, para instituir*

*a fundação Gregório B... nós instituímos em 17 de julho de 91 e agosto nós já começamos a atender, gratuitamente porque não tinha nem normatização ainda do SUS, para ter convênio, nós atendemos cerca de quatro anos sem convênio e aí já foi criada a clínica da Fundação, que veio primeiro a ter o nome de NAPS Maria Boneca, depois... mais tardiamente, a gente já tinha o convênio, e o ministério equivocadamente suprimiu essa sigla de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e tornou tudo Centro de Atenção Psicossocial. Então esse ano completa 27 anos. E a Fundação é o CAPS mais antigo de Minas Gerais. Formalmente não é por causa da data do convênio, então tem essa perda histórica desses 4 anos, mas está comprovado que é o CAPS mais antigo de Minas Gerais... A gente montou primeiro equipamento, primeiro ambulatório de Saúde Mental do município, foi uma experiência muito rica... porque a gente tinha que se haver, por muita supervisão porque a maior parte muito recém-formado e não tinha como recuar diante desses projetos, então acho que a gente foi muito inventivo, muito estudioso, muito trabalhador; não se amedrontou diante das questões todas que aparecia, né... tanto no município quanto no consultório, começou a aparecer psicótico, a gente não recuou diante dessas demandas, pra estudar, se supervisionar, e caminhar pra isso, essa experiência no município ela foi relativamente curta, e depois disso na minha experiência pessoal eu tive a oportunidade, eu tava fazendo o curso, especialização em Saúde Mental... já era uma preparação pra Reforma, foi muito bom!...*

Quanto à experiência profissional anterior, que provavelmente contribuiu para a atuação no CAPS, tem-se que dois profissionais trabalharam no Sanatório Espírita de Uberaba, sendo posteriormente convidados a trabalharem no CAPS. Um deles revelou que não concordava com a questão dos cuidados e tratamentos realizados através da lógica manicomial. Outra profissional realizou triagens por 18 anos e a outra já havia trabalhado na atenção básica e em outro CAPS. Outra ainda, trabalhou em um hospital dia, acompanhando de perto a reforma psiquiátrica, ofertando psicoterapia, oficinas terapêuticas, trabalhando com a saúde mental.

Um dos profissionais ressalta o envolvimento que tem com a proposta do CAPS e o compromisso e entusiasmo com o trabalho na saúde mental, como aprendeu em sua formação, o que repercute nos usuários e familiares:

*A gente se implica... se a gente não cuidar do sofrimento mental, pelas tantas pessoas isoladas, embotadas, sofredas, se você não busca um outro campo, enquanto terapeuta, você também vai embotando, sofrendo. O tom, a sonorização vai ficando mais fragilizada, mais lentificada, né? Então eu acredito que precise, não que eu não tenha nenhum sofrimento, mas a gente precisa buscar de energia, esse campo de força, pra possibilitar tanto pra família, quanto pros usuários, uma energia motivada. Veio pra*

*resgatar, pra fazer algo diferente né? Então, é assim que eu desenvolvo meu trabalho sabe? Assim que eu fui treinada, que eu aprendi, como eu disse anteriormente, eu não me vejo fazendo outra coisa. A gente vai cansando... assim, mas você sempre busca essa vitalidade né? De levar, de proporcionar, uma melhora pra saúde, um alto astral! Acho que foi isso...Eu fico encantada! E gosto desses trabalhos. Quando eu acompanho os estudantes, as pesquisas, porque a gente precisa divulgar esses trabalhos, precisa ter o feedback da gente, das famílias, precisa ter esse retorno... fácil não é né? Mas, a gente dá conta, a casa em si, uma clínica, 25 anos, caminhando pelas próprias pernas, enquanto ONG né, enquanto uma instituição não governamental, nossa, realmente dá certo!*

Se o profissional se sente implicado, motivado, isto por sua vez, terá repercussão na família e no usuário, que provocará melhora neles e por consequência aumentará a motivação do profissional. Tudo isto inicia na formação e na crença na reforma psiquiátrica e em seu modelo. No caso dos profissionais deste CAPS estudado, pode-se dizer que a mudança que realizam em termos de criatividade para que os usuários e familiares se mantenham envolvidos na melhora do transtorno mental, é uma mudança de primeira ordem (Aun, Vasconcellos & Coelho, 2007), segunda a teoria sistêmica. A mudança de primeira ordem indica que para manter o envolvimento é preciso ser criativo, mudar as estratégias para que os usuários e familiares permaneçam participando do tratamento.

Diferente do encontrado nos profissionais do CAPS desse estudo, o estudo realizado por Abrahão et al., (2017) mostra o cansaço dos profissionais e do não reconhecimento de espaços criativos nos serviços, inclusive para produzir conhecimento. Os autores também revelaram a expectativa não atendida de formação, como o pouco investimento em cursos de capacitação profissional. Na revisão integrativa de Amorim e Otani (2015), ficou evidente a fragilidade na formação profissional em saúde mental no que diz respeito à reabilitação psicossocial. Os autores entendem que as equipes dos serviços estão ampliando seu olhar sobre a saúde mental, quando compreendem a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado. Aosani e Nunes (2013) entendem que nem sempre os profissionais e equipes de saúde dos CAPS ou outros

serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico estão preparados para atender as demandas de saúde mental.

### ***Percepção do profissional sobre o sofrimento mental***

Metade dos profissionais revelou que o sofrimento mental é muito complexo, sendo difícil teorizar e enquadrar. Trata-se de um sofrimento que não é palpável, não tem medida, correspondente a uma dor muito difícil de lidar. Alguns profissionais enxergam o sofrimento mental como uma questão de saúde pública e acha que deve ser tratado com a devida atenção, como as demais doenças. Outros acreditam que o sofrimento mental é como uma faca de dois gumes, em que pode ser tanto por uma questão de adoecimento, sendo *um porta voz* da sociedade, anunciando algo que muitas vezes não é dito, revelando o que é escondido, representando uma dor que diz respeito à sociedade, como pode ser saudável, uma vez que também é adoecedor adequar-se àquilo que está errado. Assim como a ideia de porta voz mencionada, P9 traz a ideia de espelho:

*O sofrimento mental é uma dor muito difícil, porque é uma dor que lida com a dificuldade do humano carregado. Quando essa dor se manifesta, ela vai lidar com a negação do mundo, que não quer se ver, porque acima de tudo, o sofrimento mental é o espelho também daquele que está vendo, das limitações que carregam. Então eu acho que todos nós temos dificuldade de carregar aquilo que não entendemos, carregada na diferença dialogada pelo coletivo, carregada de dores que são de natureza dual e dores que são focadas na ideia de que o mundo se daria apenas individual. Então é uma dor na singularidade, uma dor da diferença, mas também é uma dor humana, demasiadamente humana da vida, carregada do cotidiano (P9).*

Nos pressupostos da teoria sistêmica, o paciente identificado é representante da estrutura, dos relacionamentos, da cultura, dos valores, dos legados, dos mitos e das lealdades que engendram ou englobam o sistema familiar. Assim sendo, é designado como porta voz do sintoma da família, ao mesmo tempo em que influencia e é influenciado pelas relações que se estabelecem nesse contexto (Osório & Valle, 2009). Conforme o pensamento sistêmico, o

comportamento do indivíduo é resultado de suas interações, à medida que pode reproduzir o que assimila do contexto onde vive (Muller, 2011). Por conseguinte, os membros da família exercem influência recíproca uns sobre os outros, ao mesmo tempo em que também influenciam e são influenciados pelos contextos onde estão inseridos (Schmidt, Schneider & Crepaldi, 2011; Pedro, Ribeiro & Shelton, 2012).

Osório e Valle (2009) enxergam os relacionamentos como circulares: o comportamento de um influencia o comportamento do outro e todos são responsáveis pelo enredo da história que será (co)construída. Não olhar a queixa apenas como patológica e considerá-la natural, dentro do contexto cultural, econômico, social e dos padrões que normatizam e organizam a vida das pessoas, facilita o entendimento dos sintomas, das ações e das reações. Ou seja, sob a ótica circular, o que conta são as interações (Muller, 2011). Nesta perspectiva, Osório (2013) pressupõe que as pessoas são construídas pelas histórias vividas, no ambiente sociocultural onde os sistemas familiares estão inseridos.

Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013), analisando as pesquisas, entendem que em vista das diretrizes políticas e legislativas que norteiam a Reforma Psiquiátrica, preconizam uma visão do sofrimento psíquico que chama atenção para seu caráter complexo e pluridimensional. Entretanto, entenderam ainda que, os agentes do processo de desinstitucionalização, os trabalhadores da área de saúde mental, muitas vezes mantêm uma visão conservadora.

Contrariamente à visão de alguns profissionais, há entrevistado que diz que a Reforma Psiquiátrica, na essência, desiste desse olhar de adoecimento, não porque ela não reconhece a doença, mas ela muda o olhar sobre o sofrimento mental, enxergando para além do adoecimento. De acordo com um profissional, ao invés de os usuários ficarem internados a vida toda, com a Reforma, a aposta é em um trabalho humanizado, com a oferta de clínica e de um aparato de



cuidados que são os serviços substitutivos, de forma amorosa e produtiva: *“Medica direito, cuida direito, sai do paradigma de buscar a cura a qualquer preço, da supressão dos sintomas.”* (P10).

Em relação ao trabalho humanizado, alguns profissionais indicaram que além da questão científica do atendimento, deve haver muita humanização. Um deles conheceu outras instituições e percebeu um diferencial: *“Acontece aqui eu não vi acontecer em outros lugares. Esse contato, o abraço, o afeto... às vezes da gente almoçar junto, é muito interessante essa diferença, e é um local que você aprende muito, como pessoa, como profissional.”* (P3).

Outro profissional percebe que quanto mais humanizador o tratamento, mais potente é. Acredita que lidar com o sofrimento mental é trabalhar no sentido de criar possibilidades pra que a pessoa tenha qualidade de vida e se sinta humano, seja respeitado. Da mesma forma, outros profissionais ilustram em suas falas questões relacionadas também à humanização e o sofrimento mental:

*Sofrimento mental se a gente for teorizar vai ficar muito difícil, e uma das coisas que eu percebo é que o sofrimento mental passa muito pelas emoções, né... tanto das emoções da própria pessoa acometida por esse sofrimento, passa pelas emoções do familiar, e não tem como não passar pelas nossas emoções. Então é uma especificidade do ser humano aonde a gente acredita que haja uma carência do lado mais humano né, das questões mais sensíveis e que por vários fatores sociais, econômicos, podem tá levando a pessoa a sofrer, a desenvolver, desencadear alguns fatores estressantes* (P5).

*Olha, eu vejo o sofrimento mental como uma das dores mais agudas do ser humano sabe, aquela que não é palpável, que não tem medida, que assim, embora os biologicistas tentem colocar e enquadrar isso dentro de um quadradinho, ela não cabe em um quadrado né, então é um sofrimento assim muito grande, e o que eu percebo dentro da minha experiência é quanto mais humanizador o tratamento, mais potente é.* (P8)

Outros dois profissionais ressaltam a importância da qualidade de vida no sofrimento mental. P7 acredita que o transtorno também não é só a nível mental, mas a nível social, envolvendo família, trabalho, sociedade, e quando bem cuidado, quando o usuário faz um acompanhamento, é possível retornar a algumas atividades: *“então é possível sim, então esse*

*acompanhamento é fundamental pra que a pessoa possa retomar a vida, não sei se com a mesma qualidade anterior antes do transtorno, mas com uma qualidade legal né, de vida...”.*

Na pesquisa de Lauermann e Borges (2014), os profissionais que atuam no serviço também enxergam a doença mental como um sofrimento psíquico intenso, o qual passa a interferir na vida das pessoas, nas suas relações e no seu funcionamento global. Ela foi definida também como uma doença multifatorial, conforme um participante da pesquisa *“a pessoa nasce com essa constituição biológica e entra num contexto que é familiar, social, e que vai marcar também essa pessoa, vai interagir, havendo um imbricamento de constituição, criação, contexto social, cultural e socioeconômico”* (p.18). Ainda, foi apontada por outro participante como *“uma perturbação do pensamento, das emoções ou do comportamento, que prejudica a saúde dessa pessoa”* (p.18).

Ainda, Lauermann e Borges (2014) entendem que a forma como os profissionais compreendem a doença mental e como percebem as pessoas que têm algum sofrimento psíquico pode dar indicativos de como elas são acolhidas e atendidas pelo serviço. Se elas são percebidas como agressivas, os profissionais entendem que é necessário contê-las fisicamente e/ou através de medicamentos. De outra forma, se são vistas como responsáveis por seus atos, elas são culpabilizadas, requerendo-se delas maior autocontrole e, conseqüentemente, ficam mais sujeitas a julgamentos morais por parte da equipe.

Segundo Amorim e Lavrador (2017), há uma preocupação em relação ao modo de cuidado, para que o usuário não seja reduzido à uma doença ou diagnóstico. Santos e Martins (2016) também entendem que para o bom andamento do processo de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, o estigma influencia negativamente na superação das práticas manicomiais. Amorim e Lavrador (2017) acreditam que pessoas em sofrimento mental são pessoas que carregam em si o estigma de serem perigosas. Segundo eles, há em nossa cultura

uma ideologia bastante presente de que as pessoas com transtorno mental são perigosas e não se tem controle sobre a crise em si, por isso, necessitam de isolamento.

P10 indica o cuidado com a medicação também nos serviços substitutivos:

*Quando você medica além da conta, você tá fazendo, você tá criando um efeito iatrogênico, que a gente ainda não tem uma medicação que ela não tenha seus efeitos colaterais. Tem um avanço importante na farmacologia, mas ela tá longe de evitar todos os efeitos colaterais, então a gente entende que tem que medicar na medida exata, apenas pra fazer contorno né, e auxiliar a trabalhar com sintomas mais negativos da doença.*

*Birman tem um conceito imprescindível, que ele fala de uma cidadania tresloucada, que não cabe ao chamado louco, em que ele perdeu no processo e virou um doente mental, não cabe a ele se adaptar a sociedade. A sociedade tem que fazer caber, lógico, com as diferenças, e aí você diz: junto a isso você tá tratando?... Então assim, fazer caber, caber as diferenças, da lógica, do modo de vida, do quanto a pessoa dá conta de produzir ou não, né, isso vale pra família, pra aquela comunidade, pra sociedade como um todo. E não fazer adaptação, por exemplo, porque é muito fracasso quando uma pessoa com sofrimento mental às vezes vai trabalhar, “ah é muito fracasso porque às vezes ela não aguenta o mesmo tipo de jornada de convivência” e a gente acha que da mesma forma que uma ocupação vai centrar em como lidar com as diferenças dentro do ensino, sem se agregar, que a sociedade precisa também aprender a conviver com essa “idiosincrasia” né... não são eles que vão se adaptar, que eles não vão se adaptar, a adaptação tem que ter essa interação, e por isso que é muito raro eles entrarem em num mercado de trabalho... (P10)*

*Então é como se fosse um, é doente mental então sobrecodifica todas as outras necessidades nesse item, uma subjetividade que vai recebendo toda essa carga de sobrecodificação, uma hora ela passa a acreditar que ela é assim mesmo. Muitas vezes, um dos grandes trabalhos da desinstitucionalização do serviço substitutivo tem que fazer, é essa colonização da mente né e das emoções sobre esse si próprio, como fosse a totalização de um única coisa, nós somos uma imensidade, nós somos uma... pra ninguém é legal ser tratado com uma única referencia né, então tem que encontrar as linhas de fugas né, pra dismantelar essas identidades rígidas, fixas, né, que vão construindo o entorno, e que não tem nada a ver com a questão patológica em si, percebe? Então o trabalho é muito delicado, muito apaixonante, porque tem que ser tratado isso tudo... Então é um trabalho amoroso, cauteloso e ao mesmo tempo muito audacioso. (P10)*

Para Silva et al. (2013) é importante reconhecer a complexidade do modelo de atenção psicossocial, cujas ações têm vistas ao resgate da cidadania, além de enfatizar a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação.

### ***Evolução do indivíduo com transtorno mental no tratamento***

Os profissionais relataram sobre a diferença na evolução do transtorno mental quando se trata de primeira(s) crise(s) ou quando o quadro já está mais cronificado. P1 diz que:

*O objetivo de quem trabalha com transtorno mental severo no CAPS é a reabilitação psicossocial, e já a primeira crise aparece, muitas vezes, com uma desestruturação severa, então o CAPS vai estruturar juntamente com o paciente, equipe, família e rede. (P1)*

Os profissionais também referem que a evolução do transtorno mental depende muito de quando foi identificado e como lidaram com ele desde o princípio. Essa identificação pode não ter sido feita pelo paciente, mas por um amigo ou um familiar. Algumas pessoas deixam passar muito tempo e o quadro vai cronificando e ficando mais difícil de ser tratado. Indicam que quando se tem a oportunidade de identificar alguém em uma primeira ou segunda crise, há maior capacidade e oportunidade de cuidar bem, de tirar do quadro psicótico, de restabelecer um pouco a condição de vida, a parte afetiva também, pois tendem a apresentar pouco comprometimento. Os profissionais constataam a diferença entre quando você consegue cuidar desde o início do usuário e quando o mesmo chega depois de várias internações.

*Às vezes não fez um tratamento adequado, não teve orientação a respeito disso, e eu percebo muito isso porque sou eu que faço a admissão, então eu percebo muito isso. Começa no ambulatório: deixa pra lá, toma a medicação errada... e isso vai só comprometendo mais o quadro, vai agravando mais o quadro, até que chega um ponto em que a pessoa já não tá conseguindo mais nada né, e às vezes chega pra gente nessa condição também, e aí é começa quase do zero... e assim uma das questões mais importantes eu acho que é essa questão da informação né... se a pessoa consegue a informação pra poder se cuidar em relação a medicação, ela consegue um meio de vida, mesmo antes de chegar ao Caps... ou mesmo se nunca foi em um Caps na vida, mas se a família tem um tipo de orientação, tem uma estrutura melhor, e assim, não só financeira né, mas possibilidade de buscar um tipo de cuidado né... tem esse interesse, eu percebo que às vezes a pessoa chega em melhores condições, né, que é uma questão social, dessa questão familiar... de uma família que às vezes não consegue cuidar, de um família que tem muitos psicóticos também, então acho que assim, essa evolução do transtorno, tem um pouco de tudo isso né, mas tem esses aspectos que são ambientais também, familiares. (P8)*

Para Amorim & Otani (2015), no contexto da reabilitação psicossocial, é essencial que os profissionais de saúde possibilitem o aumento das oportunidades de recuperação dos indivíduos, diminuindo os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças. Um dos profissionais revelou que, quando iniciou o trabalho no CAPS, considerava difícil um encaminhamento ou alta dos usuários para outros serviços, uma vez que trabalha em um serviço de reabilitação, o CAPS “*não é pra sempre*” (P5). No início via como um complicador maior, até em termos da fragilidade das políticas públicas do município, mas com o fortalecimento dos cuidados via município e de rede, a evolução começou a ser mais facilmente atingida.

Também no que se refere às internações, havia usuários que passavam por até 8 internações anuais, e hoje já estão 12 anos ou mais sem internação. A autonomia dos usuários também tem melhorado, voltando a ter uma vida de plena cidadania, sendo muito gratificante dos profissionais verem, e até mesmo para os familiares, que chegam com os “*corpos arrebatados, arrebatados e sofridos pelo preconceito existente*” (P6). É através dessa nova concepção de tratamento, “*um tratamento mais humanitário, que se consegue orientá-los a luta pelos seus direitos*” (P6). Acreditam que a família é essencial pra o tratamento, e que os casos que se tem a família apoiando, o sucesso é maior, na reabilitação desse sujeito. Entretanto, a família também pode contribuir para o agravamento do transtorno:

*Alguns familiares às vezes colaboram muito pra um agravamento, tanto podem ajudar como podem agravar, e acho que o maior desafio do tratamento, é tanto de quem tem uma primeira crise, como aquele que já tá mais comprometido, é o trabalho com a família. É porque a família precisa entender o que tá acontecendo ali, e às vezes ela não consegue, ou ainda não conseguiu, e você precisa intervir e trabalhar, pra que eles também possam né, compreender. É uma questão difícil, delicada, e eles vivem isso no dia-a-dia, então eles também sofrem, eles sentem culpa. (P8)*

P2 entende a evolução como a redução do sofrimento, “*em como saber lidar melhor com as suas dores, saber alguma coisa que projete mais vida, para a vida. Algo que projete um pouco*

*mais de esperança, de produção, no geral” - não no sentido capitalista de produção. Uma evolução para todos os pacientes, porque também têm as questões individuais. Já o profissional P4 acredita que o intuito no CAPS é tratar de um transtorno, e que normalmente espera-se que o usuário evolua para uma melhora do quadro: “Você medica, você trata, você cuida, no âmbito de que haja uma melhora naquela sintomatologia. Normalmente é isso que acontece” (P4).*

Segundo Leite & Rocha (2017), nesse cenário complexo, a Reforma Psiquiátrica tem se constituído na conjunção de resistências, desejos e embates. Em função disso, segundo os autores, é preciso avançar, tanto em relação à promoção da autonomia dos usuários e seus familiares, como protagonistas desse processo, quanto em relação à atenção e cuidado que os profissionais precisam realizar no cotidiano dos serviços de saúde. De acordo com Alcântara et al. (2018), a pessoa com transtorno mental requer um tratamento contínuo, com necessidade de múltiplas intervenções no âmbito psicossocial, que resultem de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar com psicoterapia, terapias em grupo e/ou individuais, terapêutica medicamentosa, entre outros. Além disto, a equipe multiprofissional deve ofertar apoio à pessoa com transtorno mental, praticar a escuta terapêutica e incluir a família no tratamento. Dessa forma, ao entender a importância e proporcionar outras modalidades terapêuticas no cuidado em saúde mental com intervenções psicossociais, a equipe auxilia no distanciamento do intervalo entre as crises agudas e diminui a severidade dos episódios, pois possibilitam um ambiente em que a pessoa com transtorno mental possa trabalhar e descobrir suas potencialidades, contribuir para o fortalecimento da sua autoestima e autoconfiança e estimular o exercício da cidadania e das relações interpessoais.

No que se refere à família, a terapia familiar sistêmica, segundo Nichols e Schwartz (2007), indica que manter um membro da família como problema é uma forma de não modificar uma estrutura rígida, afinal, já se sabe como lidar com aquela situação. De acordo com esta

teoria, quando um indivíduo adoece, todo o sistema familiar está comprometido de alguma forma. Da mesma forma que, se um indivíduo é tratado, ele muda, e todos os outros tendem a mudar, mesmo que isso leve ou revele o adoecimento de outros membros.

Outros profissionais indicaram a diferença na evolução do transtorno, da fundação do CAPS ao momento da realização da entrevista:

*Eu sou de um tempo onde a evolução da dor, do sofrimento mental, do adoecimento mental, era cronicante, com progressivas hospitalizações. Sou de um tempo em que basicamente o destino de alguém que tinha um sofrimento mental era a hospitalização: era a perda das trocas, o isolamento, e solidão, a perda de ir, a capacidade de cuidar de si. Isso eu acho que a reforma psiquiátrica conseguiu transformar. Hoje, apesar das dificuldades de inclusão do portador de sofrimento mental no mundo do trabalho e no mundo do lazer, você já não tem esse destino da hospitalização, ele consegue, no tratamento, manter a qualidade de vida, o autocuidado, o dia-a-dia com sua família, convívio no bairro, consegue ter seu direito de cidadania. Falta crescer um pouco no sentido do trabalho, pensar numa solução que permitisse não ficar como incapacitado, a maioria deles ainda sendo aposentado, por não conseguir essa reabilitação. (P9)*

*Olha, eu te falo que foi muito bom, porque é claro ainda tava no paradigma da cura quando a gente chegou aqui, então foi muito bom que eu não soubesse que algumas pessoas ficaram boas parte desses anos todos... pelo reconhecimento de que poucos espaços foram criados para estar com menos angustia, por exemplo, centros de convivência, ajudariam muitas pessoas a fazer a transição entre a casa e os serviços. Como não tem, então pra algumas pessoas, é difícil dar alta, né? Porque se tivesse com esse espírito de cuidado, de reabilitação, né, sem a pretensão da cura, outros espaços, eu acho que um dia a gente vai ter outro tipo de escola, outro tipo de trabalho... as pessoas vão ficar menos tempo nos serviços... Pra algumas pessoas que você via um imenso sofrimento, elas não mudaram....você não vê o nível de angustia, você vê a capacidade de inserção com outras pessoas, a notícia que a família dá, isso eu tô falando de casos lindos, e tem muita gente que tá aí trabalhando, estudando... Já prescindiu do serviço... e de repente acontece algo muito grave e tá de alta há sete anos tocando a vida, de repente precisa, emergencialmente, mas aquilo que ela conquistou nesse período, tá dado ali, então geralmente é um cuidado mais curto. É como a história, eu não vejo nada linear, a gente vê a melhora das pessoas, da vida das pessoas, né? E algumas até se curam e a gente não se atribui a isso (P10).*

De acordo com Rosa & Campos (2013), a questão a ser enfrentada com a Reforma Psiquiátrica é a emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais das pessoas com transtornos mentais, não a obstinação terapêutica pela cura ou a reparação, mas a reinserção dessas pessoas no mundo social. De acordo com Santos e Martins (2016) a construção de ações plurais, nos

serviços de saúde mental, serve ao campo da inserção social ao favorecer a invenção de novos saberes e novas práticas.

Pinho et al. (2018) evidenciaram em seu estudo que o CAPS, através do trabalho da equipe, das atividades psicossociais, em conjunto com a família e a comunidade, tem alcançado resultados concretos, como redução das crises dos sujeitos e das internações psiquiátricas. Também, Nascimento, Scorsolini-Comin e Peres (2013), indicam que as ações desenvolvidas em boa parte dos CAPS, em parceria com outros dispositivos extra-hospitalares, têm promovido uma série de benefícios aos usuários, como a diminuição de internações e a obtenção de maior autonomia e de melhor qualidade de vida. Embora tenha havido avanços, os autores destacaram que a mudança do antigo paradigma manicomial para o modelo de atendimento psiquiátrico comunitário não tem sido uma transição simples e nem sempre é apoiada integralmente por pacientes e seus familiares ou profissionais de saúde.

A família pode não apoiar o modelo psicossocial, talvez devido aos seus próprios problemas conforme propõe a teoria sistêmica. Os sintomas psicóticos são considerados com grande significância no contexto familiar. Minuchin (2008) afirma que, a comunicação e as interações entre os membros da família estão claramente vinculadas a frequentes reaparecimentos do comportamento psicótico nos pacientes esquizofrênicos. A interação familiar, caracterizada nestas famílias como super envolvimento emocional e hostilidade dirigida ao paciente, proporciona reincidências frequentes no paciente. Esta é a ideia do duplo vínculo, onde se tem pais esquizofrenizantes.

### ***Transtornos que são mais frequentemente atendidos no CAPS***

O CAPS apresenta uma clientela bem diversificada, segundo os entrevistados. Por se tratar de um serviço de reabilitação, subentende que seriam os pacientes mais graves, mas tem também, usuários com transtornos mentais leves e moderados. A profissional P5 relata:



*Que necessitam de um processo de reabilitação, estão desorganizados, na Esquizoanálise a gente fala que tá sem chão, desterritorializados. E a partir daí, a gente precisa auxiliar com oficinas, com psicoterapia, com um processo medicamentoso, com apoio da família.... reabilitar esses pacientes. Porém existem os casos, que a gente poderia chamar mais brandos, mais leves, mais moderados, né, no qual a gente entende o sofrimento, que não é o CAPS permanente, vamos dizer assim, a longo prazo, mas naquele momento pra não desencadear, então a gente acolhe esses pacientes, então também aqueles que estejam num processo de pré-desterritorialização. Então são as depressões leves, são algumas depressões mais moderadas, mas todos os perfis, os psicóticos, os neuróticos, os perversos... então a gente atende também essa clientela. Mas o público básico mesmo são os psicóticos que necessitam desse apoio, de um espaço de convivência, um espaço de recreação, pra que a gente possa tá possibilitando uma melhor qualidade de vida.*

Os profissionais listaram os seguintes transtornos: transtorno afetivo bipolar, transtornos de personalidade, psicose, esquizofrenia, esquizoafetivo, esquizofreniforme, paranóia, neurose, depressões graves, moderadas e leves, perversos, borderline, síndrome do pânico e algumas crises, que em algum momento da vida a pessoa tem, que não têm o caráter psiquiátrico, mas que se trata de um evento que tirou a pessoa do eixo.

De acordo com algumas profissionais, o transtorno afetivo bipolar e os de personalidade, têm aumentado muito: *“hoje é objeto de luxo aparecer uma psicose grave, no sentido que a gente viu antigamente. Então, são doenças graves, mas são de outras vertentes, no sentido que é mais do afeto, da emoção, da personalidade”* (P1). E para P2:

*Esquizofrenia, e também tem aparecido muito os transtornos de personalidade, dos vários tipos. A esquizofrenia clássica, pura, entre aspas, né, vamos dizer assim....quase não aparece mais, aparece muito misturada com outras coisas. Por isso que eu digo que é... eu acredito, não que a doença é necessariamente uma produção social, mas eu acho que não tem como adoecer sem passar primeiro pela produção social, desse adoecimento sabe? Então eu percebo que o nosso modo de viver hoje tem gerado mais perfis de transtornos de personalidade. Que alguns tratam, outros e muitos não. E nisso passam despercebidos, na sociedade também.*

A incidência dos transtornos, que se apresentam no CAPS em estudo, é semelhante aos de outros CAPS do Brasil. Na pesquisa realizada por Cruz et al. (2016) em Candeias- Bahia, os autores constataram que a população usuária do CAPS II era composta predominantemente por

esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes para ambos os sexos. Há consenso entre os autores de se atribuir a desorganização da personalidade na esquizofrenia à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas. No estudo de Soares, Rodrigues, Silva e Sai (2015) no CAPS II de Santarém-PA, encontram como transtornos mentais mais frequentes o episódio depressivo, a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar. Na pesquisa de Leitão, Figueiredo, Marbach e Martins (2017) no CAPS de Jaguaré, em ordem decrescente, aparecem os seguintes transtornos mentais: episódios depressivos, transtorno misto ansioso e depressivo, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia paranoide, retardo mental leve e o transtorno hiperkinético. No estudo de Leitão et al. (2017), os transtornos episódicos depressivos, o misto ansioso e depressivo e o afetivo bipolar representam quase 40% de todos os diagnósticos. Os outros três transtornos mais recorrentes são: esquizofrenia paranoide, retardo mental leve e o transtorno hiperkinético.

Alguns profissionais enfatizam que os psicóticos são o público básico e alvo desde a fundação do CAPS:

*O CAPS acaba tendo uma vocação muito grande pro transtorno mental grave, como é entendido comumente como psicose, entre elas, a mais frequente, acaba sendo a esquizofrenia, com o aumento de vagas, né, tinha o Caps como número inicial cerca de 45 vagas, hoje atende em torno de 400 pessoas. Atende-se muito depressão, e também transtorno de personalidade borderline. Então, tem atendimento de crise, psicose, atendimento do paciente psicótico cronicado em reabilitação, mas também um grupo importante de neuróticos graves, que são os deprimidos, os transtornos de personalidade, mas ainda predomina a psicose (P9).*

*As esquizofrenias, hoje, essa angústia, a angústia do medo no nosso tempo, tomou essa roupagem por exemplo, das fobias, sair a rua, né, toma nomes novos, que nem preciso pronunciar né porque é tudo roupagens novas dada à antigas dores. Então vai tomando todos esses nomes, mas na verdade são pessoas com muita angustia, com desistência de vida, seja na forma depressiva, na forma obsessiva, que no final disso dá algo paranoide, seja na forma mais dissociativa das psicoses, do não tratamento da questão da esquizofrenia... Tem psicótico, é raro, mas tem psicótico que tá em casa, fazendo mamadeira do filho, com surto e tudo, medicado, dando conta, então nós olhamos fatores de o que que a pessoa não tá dando conta. Se ela precisa, vamos chamar de uma rede, de um suporte mais forte naquele momento. Pra poder fazer esse contorno pra*

*angustia dela, pra crise dela. Então seria um momento de Caps, né?(P10)*

*E algumas que nem adoeceram, mas que, por exemplo, uma perda. Nós temos até no Estatuto da Fundação, acho isso fundamental, a gente tem uma frase no finalzinho do Estatuto, que a gente ainda tá configurando, a gente dizia assim: e algumas crises que em algum momento da vida elas não têm nem o caráter psiquiátrico. Oque que seria isso? A gente traduz, por exemplo: uma mãe que teve o filho assassinado. Um evento, que tirou completamente do eixo. Aí você diz: olha o luto não tem cura. Não, mas tem abrigo, tem contenção, dá pra fazer contorno, e principalmente dá a certeza pra alguém que foi muito ofendido em vida, poder imediatamente tá inserido num lugar, vamos chamar com boas pessoas, né? (P10)*

Ferigato, Campos e Ballarin (2007) já entendia que valorizar o sujeito em crise implica levar em consideração sua condição de ser humano, e não apenas de doente e também não apenas como sujeito em crise, significa respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade, que nem sempre vão ao encontro com a expectativa da equipe e dos profissionais de saúde mental.

Conforme as informações abordadas na pesquisa de Leitão et al. (2017), os autores referem que as perturbações mentais, em geral, não são exclusivas deste ou daquele grupo especial, elas são universais, estando presentes em homens e mulheres e em todas as fases da vida. Contudo, como as síndromes depressivas e ansiosas que se mostraram mais presentes nas mulheres, mais nas idades médias, enquanto os transtornos mais severos, como esquizofrenias e retardos mentais, mostraram-se mais presentes nos homens, principalmente no início da idade adulta. Observou também que o fluxo de pacientes com transtornos neuróticos foi muito maior do que dos com psicose, estes de competência do CAPS, indicando a necessidade de uma melhor articulação entre a atenção primária e a secundária.

### **Considerações finais**

Diferentemente de outras pesquisas citadas, os profissionais do CAPS estudado apresentam uma relevante formação e capacitação para atuar nesse serviço. Todos os profissionais entrevistados possuem especializações. E as ações de capacitação não estão descontextualizadas do cotidiano do serviço e procuram atender as demandas que os profissionais apontam como relevantes para o processo de trabalho. Os profissionais demonstraram constante preocupação em estarem renovando seus conhecimentos, atualizando suas atuações de forma cada vez mais humanizada e dentro do paradigma psicossocial. A equipe de profissionais demonstrou ter comprometimento uns com os outros e com os usuários do serviço, estejam eles em sofrimento mental ou participando no entorno, de forma direta ou indireta.

Metade deles já havia tido contato com o CAPS antes de serem contratados, seja através de estágios ou de trabalhos voluntários. Isto evidencia que os profissionais foram trabalhar no CAPS já motivados, com algum preparo e identificados com a saúde mental. Além disso, dois foram fundadores, o que contribui para mostrar que se tem um perfil de profissionais bem engajados.

Os profissionais consideram o sofrimento mental uma questão muito complexa, sendo difícil teorizar, enquadrar, questão de saúde pública. Pensam que o transtorno mental é no adoecimento, um porta voz da sociedade, e também considerado saudável, uma vez que também é adoecedor adequar-se aquilo que está errado. Se considerar que as pessoas são porta voz da sociedade e de suas relações, pode-se refletir sobre o que as pessoas, enquanto sociedade, têm produzido nas suas relações. Nesse sentido, a família como micro sociedade também participa e está adoecida, assim como a sua participação no tratamento pode contribuir para a melhora de

todos, não necessariamente a cura. A forma como os profissionais entendem a doença mental e como percebem as pessoas que têm algum sofrimento psíquico pode dar indicativos de como elas são acolhidas e atendidas pelo serviço.

As visões dos profissionais desta pesquisa aproximaram-se muito dos conceitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, apesar de que alguns deles apresentaram ter ainda algumas ideias mais reducionistas e atreladas ao modelo biomédico. Na verdade, os princípios e as práticas baseadas no modelo psicossocial são assimiladas e vivenciadas pelas pessoas de formas e tempos diferentes.

Os transtornos mais atendidos no CAPS assemelham-se aos achados por outros pesquisadores em outros CAPS do Brasil. Alguns profissionais têm uma percepção diferente da frequência dos transtornos: alguns pensam que as psicoses são mais frequentes e outros que elas estão diminuindo, o que talvez seja explicado pelos usuários que cada profissional atende. No geral, os profissionais percebem a clientela do CAPS bem diversificada, tanto com transtornos mais graves e também aqueles considerados mais moderados. Importante ressaltar que entendem que é necessário olhar além do rótulo diagnóstico, considerar se há prejuízo nas áreas da vida do sujeito, o que ele está dando conta, e se necessita de um trabalho em rede, um suporte naquele momento, pode ser o mais importante. Esse CAPS por meio do trabalho da equipe, das atividades psicossociais, em conjunto com família e a comunidade, parece ter alcançado resultados concretos, como redução das crises dos sujeitos e das internações psiquiátricas, assim como a obtenção de maior autonomia e de melhor qualidade de vida para eles.

Assim, a formação e capacitação dos profissionais, aliada a educação permanente em saúde, parecem promover mudanças no cuidado e repercutem na melhora do usuário. O trabalho em saúde mental requer, portanto, que o profissional revise constantemente seu modo de atuar,

de acolher certas demandas ou mesmo seu conhecimento técnico. No cenário da Reforma Psiquiátrica, deve-se colocar em questão como se produz cuidado em saúde mental na rede de serviços para transformar processos instituídos e cronificados de fazeres e saberes.

Esta pesquisa contribui com dados referentes aos profissionais do CAPS mais antigo da região. Além da formação e capacitação dos profissionais, também parece relevante o engajamento dos mesmos com o trabalho, que somados parece produzir uma prática eficaz, reflexiva e inovadora, atrelada ao paradigma psicossocial. Este perfil de profissionais pode ser um bom modelo para os que queiram trabalhar com saúde mental, ou mesmo em outras áreas. Apesar disso, o estudo em um único CAPS pode ser limitante em termos do perfil de profissionais. Considera-se importante que se esteja continuamente descrevendo o perfil dos profissionais dos serviços a fim de identificar mudanças e sua repercussão no serviço.

### Referências

- Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M., & Gomes, M. P. C. (2017). A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde*, 15(1), 55-71.
- Alcântara, C. B., Capistrano F. C., Czarnobay J., Ferreira A. C. Z., Brusamarello T., & Maftum M. A. (2018). A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Escola Anna Nery* 22(2), 1-7.
- Amaral, R. A., & Rieth, C. E. (2015). Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. *Aletheia*, 47(48), 64-78.
- Amorim, M. F., & Otani, M. A. P. (2015). A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 11(3). Recuperado em 14 de junho, 2018: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p168-177.
- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 273-288.
- Aosani, T. R., & Nunes, K. G. (2013). A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 71-80.

- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V. (2007). *Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: o processo de atendimento sistêmico*. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Série E. Legislação de Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental*. Brasília-DF. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília – DF. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).
- Cruz, L. S., Carmo, D. C., Sacramento, D. M. S., Almeida, M. S. P., Silveira, H. F., & Ribeiro Junior, H. L. (2016). Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial do município de Candeias – Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 93-98.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 (4), 1209-1226.
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.
- Fonseca, A. P., & Figueiredo, V. C. N. (2015). Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(1), 30-42.
- Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 173-182.
- Kuhn, T. S. (2006). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Lauermann, J. D., & Borges, Z. N. (2014). Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde? *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 11-20.
- Leitão, I. B., Figueiredo, D. D., Marbach, M. A. J., & Martins, K. S. (2017). Caracterização dos transtornos psiquiátricos diagnosticados no Caps 1, em Jaguaré, ES, no período de janeiro a outubro de 2014. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1), 19-35.
- Leite, L. S., & Rocha, K. B. (2017). Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 203-213.
- Minuchin, S., Lee, W. Y., & Simon, G. M. (2008). *Dominando a terapia familiar*. Porto Alegre:

Artmed.

- Muller, F. G. (2011). *Do sintoma à narrativa: como a psique se tornou interacional*. Monografia, Familiare Instituto Sistêmico, Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica, Florianópolis.
- Nascimento, G. C. M., Scorsolini-Comin, F., & Peres, R. S. (2013). Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mapeamento das contribuições dos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 9(2), 95-102.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Genebra: OMS.
- Osório, L. C., & Valle, M. E. P. (2009). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. (2013). *Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2012). Marital satisfaction and partners' parenting practices: the mediating role of coparenting behavior. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 509-522.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 32(14), 103-113.
- Pinho L. B., Hernández A. M. B., & Kantorski L. P. (2010a) Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery*. 14(2), 7-260.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-151.
- Pinto A. T. M., & Ferreira A. A. L. (2010). Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicol Estud*, 15(1), 27-34.
- Reinaldo, A. M. S., Santos, R. L. F. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate Rio de Janeiro*, 40 (110), 162-171.
- Reis, S. L. A., & Bellini, M. (2011) Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 33(2), 149-159.
- Reis L. N., Pereira S. S., Cardoso L., & Gherardi-Donato E. C. S. (2013). Transtornos mentais orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. *Rev Port Enferm Saúde Mental*,



9. Recuperado em 14 de junho de 2018 de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602013000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100008).
- Rosa, L. C. S., & Campos, R. T. O. (2013). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, 114(supl.), 311-331.
- Salles, A. C. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379.
- Santos A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial – CAPS na Bahia. *Rev. Polis e Psique*, 6(3), 124 – 144.
- Schmidt, B., Schneider, D. R., & Crepaldi, M. A. (2011). Abordagem da violência familiar pelos serviços de saúde: contribuições do pensamento sistêmico. *Psico*, 42(3), 328-336.
- Silva, N. S., Esperidião E., Cavalcante A. C. G., Souza, A. C. S., Silva, K. K. C. (2013). Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4), 51-1142.
- Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-vaissberg, T. M. J. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 275-282.
- Soares, A. C., Rodrigues, L. G. C. S., Silva, F. P. A., & Sai, E. F. (2015). Análise clínica-epidemiológica de pacientes portadores de transtorno mental na Amazônia brasileira. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 19(2), 96-107.
- Vasconcelos M. G. F., Jorge M. S. B., Catrib A. M. F., Bezerra I. C., & Franco T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 20(57), 23-313.
- World Organization Health (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: World Organization Health. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf).
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na pratica dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 80(32), 27-37.
- Yasui S. (2010). A produção do cuidado no território: 'há tanta vida lá fora'. In: Anais eletrônicos da Conferência Nacional de Saúde Mental; 2010. Brasília: Ministério da Saúde.

## ESTUDO 2

Percepção dos profissionais sobre a participação dos familiares no tratamento em Saúde Mental.

Perception of professionals on the participation of family members in Mental Health treatment.

### Resumo

O cuidado da família adquire importância a partir da desinstitucionalização e desospitalização preconizados pela Reforma Psiquiátrica, como corresponsável pelo tratamento de seu familiar. O objetivo deste trabalho foi verificar a percepção de profissionais de nível superior de um CAPS sobre a participação da família no tratamento de seu familiar com transtorno mental. Foram realizadas entrevistas com profissionais de nível superior. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin, das quais originou seis categorias. Segundo os profissionais, família é quem está junto, ajuda e tem confiança, acreditando que os vínculos familiares vão além da estrutura social. O CAPS oferece diversas atividades como os grupos de família, assembleias, palestras, seminários, passeatas, oficinas, atividades sócio culturais e beneficentes. Os profissionais avaliaram que as atividades realizadas, tanto com usuários como com os familiares, correspondem à proposta do CAPS. Entretanto, entendem que devem sempre criar novas estratégias de atuação e que as atividades com os usuários e a participação e apoio da família, são essenciais para a reabilitação.

**Palavras-chave:** Família; Serviços de Saúde mental; Transtornos mentais;

### **Abstract**

The care of the family acquires importance from the deinstitutionalization and de-hospitalization advocated by the Psychiatric Reform, as co-responsible for the treatment of its relative. The objective of this study was to verify the perception of higher level professionals of a CAPS on the participation of the family in the treatment of their family member with mental disorder. Interviews were conducted with professionals of higher education. The interviews were submitted to the content analysis of Bardin, from which it originated six categories. According to professionals, family is who is together, helps and has confidence, believing that family ties go beyond the social structure. The CAPS offers various activities such as family groups, assemblies, lectures, seminars, marches, workshops, social and cultural activities and charities. The professionals evaluated that the activities performed, both with users and with family members, correspond to the CAPS proposal. However, they understand that they should always create new strategies for action and that activities with users and the participation and support of the family are essential for rehabilitation.

**Keywords:** Family; Mental health services; Mental disorders;

## Introdução

A pessoa com transtorno mental tende a requerer um tratamento contínuo, com múltiplas intervenções no âmbito psicossocial e que resultem de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. (Alcântara et al., 2018).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados em saúde mental, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvem projetos terapêuticos e comunitários, dispensam medicamentos, encaminham e acompanham usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo o manual do Ministério da Saúde (2004), os CAPS oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas, por exemplo: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares. Alcântara et al. (2018) citam, em seu estudo, essas modalidades de tratamento propostas pelos profissionais, como a psicoterapias, terapias em grupo e/ou individuais, terapêutica medicamentosa, oficinas terapêuticas, entre outros. A terapêutica medicamentosa é um recurso importante no tratamento em saúde mental, que não tem o objetivo de curar, mas contribui para a qualidade de vida do indivíduo e para o seu bem-estar físico e mental (Xavier et al., 2014; Freire, Feijó, Fonteles, Eliza de Sá & Carvalho, 2013).

A Reforma Psiquiátrica trouxe um grande desafio aos profissionais que atuam nos CAPS: a promoção do cuidado integral, sem a reprodução de atrocidades ocorridas durante a vigência do modelo manicomial. É um desafio que merece reflexões e investimentos constantes. Os

profissionais inseridos nos CAPS encontram-se empenhados na realização dessa tarefa, entretanto, há muito que se avançar ainda, segundo Amaral e Rieth (2015).

Além das várias modalidades terapêuticas, a equipe multiprofissional deve incluir a família no tratamento da pessoa com transtorno mental (Alcântara et al., 2018). Leite e Rocha (2017) entendem que é preciso avançar em relação à promoção dos familiares como protagonistas do cuidado ao familiar com transtorno mental.

O trabalho em conjunto com a família faz-se necessário para que o cuidado não fique fragmentado, tenha continuidade e cumplicidade entre os envolvidos. A inclusão da família no tratamento pode se dar através do envolvimento nas atividades específicas presentes nos serviços, tanto internas como externas (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010).

Assim, o cuidado da família adquire importância a partir da desinstitucionalização e desospitalização preconizados pela reforma psiquiátrica, como corresponsável pelo tratamento de seu familiar, porém, segundo Bezerra, Morais, Paula, Silva e Jorge (2016) ainda se encontra fragilizado. As mudanças no campo da saúde mental indicam um lugar diferente para a família na participação do cuidado e reinserção social de seus membros (Bielemann et al., 2009). Os vínculos com os familiares que eram enfraquecidos pelas internações, passam a ser prezados, cultivados e trabalhados na perspectiva de atenção psicossocial (Camatta & Schneider, 2009).

Hoje, tem-se diversas compreensões e definições de família. Neste trabalho, será adotada a perspectiva de teóricos familiares sistêmicos, como Minuchin, Nichols e Lee (2009), que definem família como “mais do que uma coleção de indivíduos, um sistema, uma totalidade organizada, cujas partes funcionam de maneira que transcende suas características isoladas” (p. 15). Também, para a teoria sistêmica de família, o sofrimento psíquico e seus sintomas são

também produzidos e mantidos nas relações interpessoais, como as relações familiares (Linares & Selvini, 2015).

Se antes a família era deslocada para fora do tratamento, no contexto da Reforma Psiquiátrica, ela passa a ser o cenário fundamental da recuperação do sujeito em sofrimento mental. Isso porque a família é a conexão desse indivíduo com a sua comunidade e, mesmo que a família também esteja doente, ela deve ser incluída, acolhida, tratada e cuidada no interior dos serviços (Lobosque, 2007).

Alguns trabalhos avaliaram, na década passada, a participação da família no tratamento em saúde mental e seus impactos. De acordo com Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz e Bastos (2008), as mudanças nas formas de tratamento oferecidas aos indivíduos portadores de transtorno mental, hoje mais ambulatoriais e visando a promoção de direitos e reinserção social, geralmente produzem nas famílias, sentimentos de desamparo, de incapacidade de prestar um cuidado adequado, culpa, pessimismo por não conseguir ver uma solução para os problemas enfrentados, de estarem descuidados e despreparados para enfrentar situações de crise e o manejo do cotidiano.

Em uma pesquisa realizada por Dimenstein, Sales, Galvão e Severo (2010), no ambulatório de saúde mental de Natal-RN, evidenciou que a maioria dos familiares não tem participação ativa nas atividades propostas pela instituição. Sobre as dificuldades enfrentadas por eles, observou-se que apesar da família buscar estimular a autonomia dos usuários, relatam falta de tempo, falta de conhecimento específico sobre o transtorno mental, falta de habilidade e suporte para lidar com situação de crise e com as mudanças ocorridas na rotina familiar com o adoecimento. Os familiares se queixaram de sobrecarga física e financeira, além de presenciarem

um desconforto e sentimento de culpa muito forte, devido ao fato de não conseguirem atender as demandas de cuidado a contento. A maioria desses familiares não se sente preparado para cuidar, tem medo e não recebem nenhum apoio e capacitação dos serviços. Por outro lado, os profissionais se queixavam da ausência da família e do aumento de trabalho para a equipe que tal ausência provoca.

A mudança de um modelo biomédico ou hospitalocêntrico para um modelo psicossocial com ênfase ambulatorial ou como o do CAPS, traz muitas adaptações a serem feitas, como em relação à atuação com as famílias dos usuários dos serviços de saúde mental, conforme os estudos de Dimenstein et al. (2010), Ferreira e Prati (2010) e Viana et al. (2013). Para que se faça um bom trabalho junto ao usuário e à sua família, é importante conhecer como tem se dado a participação desses familiares no tratamento e sua relação com o serviço de saúde mental.

Assim, o objetivo deste trabalho foi verificar a percepção de profissionais de nível superior de um CAPS sobre a participação da família no tratamento de seu familiar com transtorno mental, investigando: a visão que os profissionais têm de família; as atividades realizadas com as famílias; o envolvimento/participação da família no tratamento e nas atividades do CAPS; as estratégias utilizadas pelos profissionais para conseguir o envolvimento da família; as mudanças no relacionamento família-usuário; repercussões do envolvimento da família no transtorno mental do familiar.

## **Método**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada em um referencial sistêmico e nas pesquisas relacionadas ao tema.

**Local**

O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS 2, em que o estudo foi realizado, é uma organização filantrópica de direito privado, conveniado com o SUS, instituída em 17 de julho de 1991, chamado de CAPS Maria Boneca, apoiado pela Fundação Gregório Barenblit, situado em Uberaba-MG.

O CAPS Maria Boneca conta com uma equipe multiprofissional que oferece diversas atividades terapêuticas. Os profissionais presentes que atuam na instituição são: dois psiquiatras, sete psicólogas, uma farmacêutica, um auxiliar de farmácia, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um terapeuta ocupacional, uma cozinheira, um auxiliar de cozinha, dois auxiliares de serviços gerais e um auxiliar administrativo.

Os usuários que realizam tratamento no CAPS passam uma parte do dia ou o dia todo realizando diversas atividades na instituição e depois voltam para suas casas. Por tratar-se de demanda agravada o tratamento é realizado em regime intensivo, sendo que a maior parte dos usuários permanece sob cuidados terapêuticos 8h/dia, 5 dias por semana, durante os 12 meses do ano.

**Participantes**

Os critérios de inclusão dos participantes foram profissionais: (a) de formação no ensino superior (b) que trabalhassem na instituição há pelo menos um ano, (c) que realizavam ou já haviam realizado atividade com os familiares e usuários na instituição e (d) que tivessem disponibilidade no tempo de coleta de seis meses.

Participaram do estudo 10 profissionais de um CAPS 2, sendo 7 psicólogas, 1 assistente social, 1 enfermeiro e 1 psiquiatra. Três deles eram homens e 7 eram mulheres, na faixa etária de 30 a 60 anos, predominando a faixa etária entre 40 e 60 anos. O tempo de trabalho no CAPS variou de dois a 27 anos, a maioria há mais de 10 anos.



### **Instrumento**

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A), construído pelos pesquisadores e baseado na literatura, que versou sobre a visão dos profissionais sobre as famílias, as atividades que realizam com as famílias, o envolvimento/participação da família no tratamento e nas atividades do CAPS; as estratégias utilizadas pelos profissionais para conseguir o envolvimento da família; as mudanças no relacionamento família-usuário; as repercussões do envolvimento da família no transtorno mental do familiar.

### **Procedimento**

Os profissionais foram contatados no CAPS 2 e foram convidados a participar da pesquisa. Foi realizada uma entrevista com os profissionais, individualmente, no próprio CAPS. No momento da entrevista, foi apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), sendo entregue uma cópia do termo. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada na instituição, garantindo o sigilo dos participantes e a confidencialidade das informações. Foi solicitada a permissão para audiogravar a entrevista e informada a destruição da gravação *a posteriori*. As entrevistas tiveram duração média de uma hora.

### **Procedimentos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, protocolo número 2.289.026 (Anexo A). As gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos na Pós-Graduação em Psicologia, quando então serão destruídas.

### **Análise de dados**

As entrevistas foram transcritas na íntegra para a análise de dados. A análise dos relatos dos entrevistados foi baseada na análise de conteúdo de Bardin (2010). De acordo com Bardin (2010), a análise de conteúdo se faz pela técnica de codificação que transforma os dados brutos do texto, por meio de recorte, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo. Nesse sentido, é uma técnica que agrupa temas, expressões, discursos, modos de interação, entre outras particularidades, a qual permite o entendimento do que ocorre em grupos reais (Bardin, 2010). A análise permite visualizar os núcleos organizadores dos discursos, as variáveis e categorias, bem como os conflitos e consensos estabelecidos pelas pessoas do grupo estudado, possibilitando observar os dados por meio de uma visão ampla (Reis & Bellini, 2011).

A análise de conteúdo de Bardin (2010) salienta seu caráter social, uma vez que é uma técnica com o intuito de produzir inferências de um texto para seu contexto social de forma objetiva. Bardin (2010) propõe as etapas da técnica, que foram organizadas em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

### **Resultados e Discussão**

Dos relatos obtidos nas entrevistas realizadas com os 10 profissionais do CAPS, foram extraídas categorias. As categorias produzidas foram: Visão de família, Desenvolvimento e avaliação das atividades com as famílias, Envolvimento/participação da família no tratamento e nas atividades do CAPS, Formas de acesso utilizadas pelos profissionais para conseguir o envolvimento da família no tratamento do usuário, Mudanças no relacionamento família-usuário, Repercussões do envolvimento da família no transtorno mental do familiar.

## Visão de família

Inicialmente, solicitou-se que os profissionais dissessem como entendiam família. Segundo eles, família é quem está junto, compõe, ajuda e tem confiança; um local de pertencimento, de interação, de intimidade, vinculação, acolhimento, ternura, potência, afeto e projeções. Ainda, uma aglutinação de atores que participa realmente e ativamente da vida um do outro, uma organização social. Sendo que essas pessoas compartilham o cuidado entre si, elas cuidam e são também cuidadas.

A maioria dos profissionais acredita que vínculos familiares vão além da estrutura social, ou seja, independem de laços consanguíneos. Pode ser um responsável, um vizinho, amigo, qualquer pessoa, aquele que realmente participa da vida do outro. Também que independe de quantidade, de forma que duas pessoas, dez ou mais, podem ser/representar família. Os profissionais acreditam em novas formas de compor e compreender família, novas teorias e compreensões estão sendo construídas, novos modelos de família nuclear ou não, que diferem do modelo tradicional mãe, pai e filhos. Entendem também que não se trata de uma organização social “quadrada” (P1), fechada, mas a cada momento a família vai se modificando. A fala ilustra estas ideias:

*Mas hoje eu entendo que família é um grupo de pessoas com quem você tem um certo grau de intimidade, no sentido de fazer mais livremente projeções ... nas questões do cuidar e ser cuidado, você acaba entrando numa intimidade que você projeta seus personagens, suas fantasias naquela pessoa e recebe ao mesmo tempo projeções dela. E aí vai criando uma vinculação diferenciada dos outros. A gente faz isso com todo mundo, agora eu acredito que com a família isso acaba sendo um pouco mais intenso...né... e... pode ser alguém que tenha um vínculo sanguíneo, como pode não ser. E aí entra uma questão mais dinâmica também né? Porque por exemplo, hoje eu tenho... fulano, sicrano e beltrano no meu ciclo de intimidade, amanhã talvez não sejam eles...sejam outros...né? (P2)*

Também na pesquisa de Bezerra et al. (2016) em um CAPS, os usuários, familiares e profissionais sugerem que os atores familiares são constituídos tanto por pessoas da família

biológica, como por amigos, vizinhos do sujeito que demanda cuidados, ou seja, pessoas que são do seu convívio. Assim, este também será o entendimento nas descrições deste estudo.

A teoria familiar sistêmica enfatiza esta ideia da mudança da família dá uma definição que não insere a consanguinidade nela, embora quando se fala nas heranças transgeracionais, isto é, o processo de transmissão da ansiedade de geração para geração (Nichols e Schwartz, 2007), entende-se que ela é importante.

Os profissionais referiram também que, embora a família seja esse lugar de potência, acolhimento e superação da dor, ao mesmo tempo, ela pertence ao contexto que produziu a doença. Tudo que acontece na sociedade reflete na família, porém ela está mais próxima e, portanto, passa mais tempo com o indivíduo, para cuidar dele ou para adoecê-lo, além de a família representar uma micro sociedade. Da mesma forma, Bezerra et al. (2016) entendem que o contexto familiar é importante para o fortalecimento do cuidado e da reinserção do sujeito nas atividades da comunidade. Mas, pode também atuar negativamente, aniquilando qualquer forma de reinserção social. De fato, na visão familiar sistêmica, os problemas são sustentados por uma série contínua de ações e reações, a causalidade circular (Nichols & Schwartz, 2007).

### **Desenvolvimento e avaliação das atividades com as famílias**

Os profissionais consideraram a triagem como o início das atividades, em que há o acolhimento da família ou responsável pelo acompanhamento e tratamento do usuário. A partir daí, todo o processo se inicia. Na revisão de literatura realizada por Pinho, Souza e Esperidião (2018), acerca do processo de trabalho dos profissionais dos CAPS, o acolhimento foi a prática mais frequentemente citada, pressupondo a escuta qualificada e o vínculo. Segundo Jucá, Lima e Nunes (2008), o acolhimento supera o conceito de triagem e remete à primeira aproximação, em

um tom mais caloroso. De acordo com Coimbra et al. (2013), o ato de acolher é uma atitude de inclusão, “não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo” (p. 3880), “é no contato entre os profissionais, usuários e familiares que se opera o acolhimento” (p. 3880).

O acolhimento também possibilita a construção de relações de confiança entre familiares, trabalhadores e usuários (Jorge et al., 2011), facilitando o tratamento e favorecendo as relações. Coimbra et al. (2013) entendem que acolhimento, escuta e vínculo são ferramentas interdependentes e só funcionam com comprometimento da equipe.

Os grupos ou reuniões de família são outra atividade realizada no CAPS citada por todos os profissionais. Os grupos ocorrem semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, dependendo da demanda ou quantidade de familiares, sendo estes coordenados por duplas de profissionais. Cada dupla de profissionais encontra sua própria maneira de trabalhar. Os grupos de família não são considerados psicoterapias, porém, ele é terapêutico e não exclui a possibilidade de que em alguns momentos possa ter efeito psicoterapêutico, seja devido aos conteúdos tratados, seja pela forma como os profissionais conduzem. De acordo com os profissionais, eles fazem escuta, acolhimento, pontuações, interpretações, aconselhamentos, orientações, mediações, problematizações e estimulam insights em seus grupos. Referiram que os próprios participantes do grupo também realizam várias destas intervenções, em uma relação em que todos se ajudam e aprendem uns com os outros. Pinho et al. (2018) também entendem que valorizar o saber do outro tem um efeito terapêutico, especialmente nos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico.

Ainda, todos os profissionais relataram deixar a palavra livre no grupo, inicialmente, para que os familiares expressem suas dúvidas, dificuldades, angústias e considerações, trabalhando

com temas que surgem dessas demandas. Os temas mais frequentes são relacionados à medicação, ao tratamento, ao preconceito, à efetivação dos direitos, ao cuidado, à organização dentro da família, ao convívio, aos limites, entre outros que vão emergindo.

Alguns profissionais trabalham os grupos de forma mais particular, dando maior ênfase ao trabalho corporal, à vinculação entre eles, o conhecimento, ao cuidado ao cuidador familiar, mas também trata a questão do cuidado ao familiar com sofrimento mental. O trabalho de Amorim, Dias, Costa, Araújo e Ferreira (2017) buscou treinar profissionais de um hospital psiquiátrico em práticas corporais, como ferramenta para o processo de desinstitucionalização. Entendem que as dificuldades estão tanto nas limitações corporais das pessoas com transtorno mental, em decorrência do enrijecimento institucional e da medicação, “quanto no encontro da sociedade com corpos não habituados a corresponder a alguns dos parâmetros de normalidade adotados por ela” (p. 40). Há também quem está sempre rodiziando os familiares nos grupos, de forma que um grupo nunca tenha os mesmos familiares. Referências de teóricos citados foram os autores Bion e Pichon- Revière como base de conhecimento para suas atuações.

Um dos temas mais discutidos pelos profissionais foi o preconceito, escolhido aqui para ser comentado. No estudo de Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013), sobre o modo como os trabalhadores de saúde mental estão enfrentando as dificuldades da implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica, os profissionais destacaram a importância de combater o preconceito contra usuários dos serviços de saúde mental, mas sentem dificuldades em lidar com os sentimentos despertados no cotidiano do trabalho. No estudo de Santos e Martins (2016), que também entrevistou profissionais de nível superior, porém de um CAPS 1, os participantes relataram que o preconceito em relação à loucura é um dos dificultadores do processo de inserção

social. Para esses profissionais, o imaginário social sobre a loucura guarda traços de ideias sobre a loucura construídas no século XIX, traços esses que ainda causam repulsa na sociedade.

Simões et al. (2013) entendem que a simples mudanças na política, nas leis e nas redes de atendimento, ainda que necessárias, não são suficientes para promover automaticamente mudanças nas relações e nas crenças preconceituosas. Transitar nos espaços comunitários, além de fortalecer a desmistificação do conceito de louco, mostrar que é possível estar fora dos muros institucionais, possibilita conhecer os recursos e demandas da comunidade e instiga a sociedade a conhecê-lo (Mielke, Olschowsky, Pinho, Wetzel, & Kantorski, 2012).

Além dos grupos de família, os profissionais indicaram a realização de assembleias, palestras, seminários, passeatas (luta antimanicomial) e oficinas. A assembleia é uma prática dos CAPS também identificada na revisão de literatura de Pinho et al. (2018). As assembleias consistem em um espaço no qual usuários, familiares, profissionais e pessoas da comunidade têm oportunidade de manifestar-se sobre questões relativas ao serviço (Teixeira Júnior, Kantorski & Olschowsky, 2009) possibilitando também a reintegração social (Schneider, Wagner, Nasi, Nickel & Prado, 2009). As oficinas, que são mais criativas, trabalham questões cognitivas, verbais, corporais, de produção, de acordo com as habilidades que cada trabalhador possui, “não se jogando fora nenhuma habilidade” (P10). Quanto às oficinas, buscam diversificá-las, a fim de atender públicos variados como crianças e adolescentes familiares dos usuários do CAPS, assim como interesses e necessidades diversos, como os relacionamentos familiares e o cuidado ao cuidador.

*[...]tem um grupo muito grande, que a gente observa, que não tá conseguindo se encantar, de participar de nada, a gente vai ver isso mais de perto né, pra ver se há necessidade de criar outras atividades aqui, porque toda, a maior parte dos casos, ele tem um fundo depressivo, então é muito característico, uma das características da depressão, é perder a vontade de tudo ou de quase tudo. (P10)*

Não só trabalhadores, mas são também aproveitados estagiários e voluntários na oferta de atividades para os usuários. Até o espaço livre é aproveitado, quando alguns usuários aproveitam para fazer, trabalhar com alguma coisa. A fala de um profissional ilustra essa questão:

*...mas tem também uma produção individual, que ela também é alimentada na casa... porque é bacana as pessoas tá encontrando, tentando produzir sentido na vida, e pra isso estão fazendo coisas que acham bonito, que gostam de fazer... [...]Então a gente vai fazendo essa transversalização a partir do gosto, e das habilidades que os terapeutas tem, e vai compondo esse universo. (P10)*

As oficinas de arte e cultura nos CAPS também são dispositivos terapêuticos capazes de proporcionar saúde mental, espaço de convivência e integração dos usuários com a sociedade em espaços culturais no território, em que os usuários possam se reconhecer como sujeitos criativos, competentes e produtivos (Galvanese, Nascimento & D'Oliveira, 2013). O relato de um profissional ilustra: “Então, quantos estagiários já vieram, que eram bons cantores, tinham noção de regência, e fizeram regência de coral, né, profissionais”. (P10)

Na revisão de literatura sobre as práticas desenvolvidas nos CAPS, as publicações focaram as atividades grupais e oficinas (Pinho et al., 2018), como importantes espaços para trabalhar a concentração, criatividade e ansiedades do indivíduo ou do grupo. E também, que devem se estender ao campo socioeconômico, configurando-se como oportunidades de aprendizagem de técnicas artesanais que podem ser posteriormente utilizadas como atividades de geração de renda (Teixeira Júnior et al., 2009).

As oficinas profissionalizantes também levam à inclusão social, no sentido da Reabilitação Psicossocial, ao promoverem a mudança de papel social dos usuários, quando os levam a produzir e vender seus produtos, de forma autônoma (Pinho et al., 2009). Para Alcântara et al. (2018), ao proporcionar diversas modalidades terapêuticas em saúde mental, grupos, oficinas terapêuticas, psicoterapias, entre outros, a equipe contribui também para o



distanciamento do intervalo entre as crises e para a diminuição da severidade dos episódios, pois possibilita que a pessoa com transtorno mental descubra suas potencialidades, fortaleça sua autoestima e autoconfiança, estimulando o exercício da cidadania e das relações interpessoais.

Os profissionais mencionaram atividades de outra ordem que também são realizadas: no CAPS, sendo elas: sócio culturais e recreativas (cinema, festas e confraternizações), beneficentes (noite de massas, feijoada beneficente) e comemorações de datas festivas nacionais (festa junina, natal, carnaval). Para Santos e Martins (2016), a partir da análise do discurso das profissionais de um CAPS e da vivência no campo, identificou que a prática profissional não deve se restringir somente dentro da instituição, mas que circule também pela comunidade. Muitas vezes, o indivíduo que sofre com transtorno mental severo também passa por perdas sociais, assim como materiais, por lhe serem negadas oportunidades e direitos (Salles & Barros, 2013), mas também devido sua própria condição.

Os profissionais avaliaram que as atividades realizadas, tanto com usuários como com os familiares, correspondem à proposta do CAPS, e consideram importantes e propostas para o bem do usuário. Entretanto, acreditam que não podem estagnar, devem sempre criar novas estratégias de atuação. No estudo de Vasconcelos, Jorge, Catrib, Bezerra & Franco (2016) a noção de processo, continuidade e movimento também fica evidente, “uma vez que a atenção psicossocial não pressupõe práticas enrijecidas e fechadas num modelo de cuidado, mas, sim, um processo social complexo” (p. 320), e que “o projeto terapêutico em saúde mental caminha e transforma-se permanentemente” (p. 320). De fato, no CAPS do presente estudo, novas ideias e propostas têm surgido, novas oficinas estão sendo realizadas, como a de geração de renda, que aumenta a confiança e autonomia dos usuários, assim como sua interação social. Os profissionais consideram que, as atividades com os usuários e a participação e apoio da família, são essenciais para a reabilitação.

Não só as atividades são pensadas, mas também o clima da instituição:

*E a gente já sabe há muitos anos que uma casa, um serviço como esse, ele tem que ter animação muito grande, você imagina, você tá deprimida e chega num lugar tudo muito silencioso, tudo leva para a mesma, vamos dizer assim, o mesmo ambiente que você já estava mentalmente. Mesmo tipo de acomodação. Então a casa tem que ter uma grande animação. (P10)*

Tanto os feedbacks positivos dos usuários e familiares quanto os negativos, foram considerados importantes para a avaliação do trabalho pelos profissionais. Auxiliam a análise da equipe sobre o que está e o que não está dando certo. As atividades são construídas baseadas na necessidade dos usuários e familiares e nas habilidades dos trabalhadores. Para Vasconcelos et al., (2016), a capacidade de refletir sobre a própria prática profissional, tanto individual como coletiva, possibilita reconhecer as fragilidades e potencialidades, necessidades e demandas, problemas e possibilidades. Só assim é possível realizar mudanças no cuidado psicossocial, que considerem principalmente a singularidade e a corresponsabilização.

### **Envolvimento/participação da família no tratamento e nas atividades do CAPS**

Segundo os profissionais, o envolvimento/participação da família começa ao acompanhar o indivíduo com sofrimento mental na triagem/acolhimento. As famílias tendem a participar de todas as atividades propostas (reuniões de famílias, reuniões festivas ou de lazer, atividades extra CAPS, movimentos sociais), quando solicitadas ou quando sentem necessidade. Quando a família aparece e necessita de orientação, ela é sempre atendida, por um profissional que pode acolhê-la, que geralmente fornece orientações e toma providências, se necessário.

Segundo os entrevistados, as famílias participam do modo delas, da forma que conseguem. Alguns entendem que mesmo que as famílias apareçam aos poucos, conseguem atender a demanda, dentro da diversidade de cada situação.

*[...] às vezes por se tratar de famílias, de reunião de famílias, toda semana... não é toda semana que eles são assíduos, né? Mas são famílias que participam, que se envolvem do modo delas, da forma que conseguem... Mas são muito participativas, às vezes a gente liga, às vezes o próprio familiar liga pra nos dar notícias, né, então são bem atuantes mesmo... E também se for ver, por exemplo, nos meus grupos de psicoterapia, em torno de 15 pacientes, de 15 pessoas, eu mando convite pros 15, se vier todos é até difícil de atender todo mundo, orientar... então mesmo que eles venham aos poucos a gente consegue atender essa demanda. (P5)*

Todos os profissionais concordam que a maioria das famílias participa do tratamento, que não atinge 100%, “*que seria até pretensioso*” (P1). Os que propõe uma porcentagem, ela varia entre 40% e 90%. Referem que a participação vai muito da demanda que está existindo dentro do contexto familiar, de forma que têm períodos que a família some, geralmente quando o paciente está bem, se não tem queixa, se está estabilizado, as coisas estão harmônicas, a vida está seguindo. Entretanto, quando as crises aparecem, é comum as famílias voltarem a frequentar presencialmente o CAPS. Mesmo envolvidas, não participam toda semana das reuniões.

Há profissionais que acreditam que a participação está abaixo do que poderia ser, que as famílias deveriam participar mais de perto, diariamente, comunicando ao CAPS quando algo acontecesse, com um diálogo mais direto, para que eles pudessem trabalhar melhor com o usuário. Consideram ainda que elas já tiveram uma maior adesão quando o Caps foi fundado, provavelmente devido ao anseio da família em saber o que era o serviço e o que estava agregando para seus familiares. Participavam de conselhos estaduais, representando o município e as instituições CAPS. Após os ganhos, entendem que as famílias acomodaram, ocorrendo até um retrocesso na participação. Entretanto, têm tentado motivar as famílias para se envolverem mais.

*...se tudo tá tranquilo, tá sem crise, tá tudo assim mais harmônico, então tem uma tendência maior pra acomodação... às vezes vem pra dizer que tá tudo bem, mas não tem tanta presença... agora quando precisa ser trabalhado alguma coisa, aí é... presença... então... (P8)*

No estudo de Bezerra et al. (2016) com familiares, usuários e profissionais de um CAPS, ficou evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado, atestada também pelos profissionais.

Para demonstrar a complexidade de se falar em envolvimento ou acompanhamento do familiar, participantes indicaram que podem haver alguns tipos de família e envolvimento: família que era ausente e depois passou a ser frequente; família que não acompanhava, mas que trazia uma percepção diferente que contribuía para o tratamento; família que quer fazer todas as oficinas do CAPS como se estivesse também em tratamento, querendo ajudar, compor; família que se aproxima devagar; família que só vai quando é chamada ou quando desencadeia alguma crise; família que é resistente, que apresenta culpa, achando que não cuidou bem ou que já fez muito; família que é autoritária ou passiva. E por se tratar de situações e pessoas diversas, cada uma tem seu jeito na dinâmica do cuidado. Entretanto, na visão de um profissional, não se pode falar que a família não se envolve. Ela se envolve a seu modo, participando até mesmo quando se encontra ausente, demonstrando uma forma de dizer que não está dando conta.

*[...] A gente não tem vínculos calorosos de felicidade nem quando estamos felizes, estruturados... então a gente vai encontrar isso: a família acompanha, ou às vezes a família é autoritária, ou às vezes é passiva... ela tem suas dificuldades... então cuidar do usuário, é também cuidar desse binômio que é a relação dele com a sua família. E que é a relação da família com essa dor. Ela deseja participar, eu costumo dizer que ela participa até mesmo quando ela se ausenta, é o jeito de dizer que não tá dando conta, e aí temos que criar estratégias de cuidado, e tornar possível que ela possa de novo assumir seu lugar de estar participando do tratamento. (P9)*

De fato, o não se envolver ou não ir ao CAPS é um comportamento dos familiares que pode estar comunicando alguma das situações descritas nos tipos de família e participação acima. Um axioma da comunicação proposto por Watzlawick Beavin e Jackson (1967) diz respeito a impossibilidade da não comunicação. Este axioma decorre de uma propriedade básica do comportamento que consiste na impossibilidade do não-comportamento. Quer a atividade, quer a inatividade, são comportamentos e, por conseguinte, mensagens: quando um indivíduo não responde, verbalmente ou não verbalmente a outro, está a comunicar. E a comunicação pode ou não ser intencional.

Existem usuários que são acompanhados pela família consanguínea, outros que são os amigos, vizinhos, ou mesmo que conduzem o tratamento sozinhos. De acordo com os profissionais, os usuários precisam de alguém “lá fora” que ajude a cuidar no dia-a-dia, em casa ou fora de casa, além do CAPS, para conscientizar e ajudar na medicação, na percepção da crise, para ficar na retaguarda e para falar o que está acontecendo quando o usuário não tem condição. Para as profissionais, quanto mais próximos familiares e responsáveis do CAPS, mais fácil o trabalho, que deve acontecer em conjunto. Também no trabalho de Bezerra et al. (2016), os atores do cuidado eram pessoas da família, amigos ou vizinhos do usuário que demanda cuidados. A fala de um dos profissionais ilustra a questão:

*Então nesse sentido, a gente consegue ter uma boa... atender uma boa clientela, porque se não a clínica seria muito prepotente de falar que dá conta sozinha e o trabalho de reabilitação seria em vão, né? Porque a gente precisa conscientizar o paciente sobre a sua medicação, mas se a gente não tiver uma pessoa lá fora nos períodos que o CAPS não funciona, pra ficar na retaguarda, pra nos falar o que é que está acontecendo, não flui. Não desenvolve. Então quanto mais próximas essas pessoas estiverem da casa, facilita o trabalho. É junto, não tem jeito de ser separado, porém, tem outros casos que não tem literalmente ninguém. Então aí é um árduo, um árduo trabalho de crescimento, das psicoterapias, das oficinas, de possibilitar àquela pessoa, que ela precisa gerir e conduzir sua própria vida dentro dos recursos que ela tem. De pedir ajuda conforme ela consegue, porque ela responde por ela. (P5)*

No estudo de Bezerra et al. (2016), percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário nos serviços de saúde. Para os autores, a corresponsabilização refere-se à parceria entre os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde, que ocorre de forma multilateral, levando em conta as opiniões e possibilidades dos profissionais-usuários-família na composição do projeto terapêutico. Ainda, referem que a família busca se organizar de forma a adaptar os cuidados do seu ente à sua rotina, observando a divisão de tarefas e a adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado, contando até mesmo com parentes que não compõem o núcleo familiar, mas também algumas vezes o cuidado ficam centrado em apenas uma pessoa, o que leva à uma sobrecarrega de responsabilidades.

A revisão de literatura de Amorim e Otani (2015) sobre as dificuldades enfrentadas pelos CAPS na efetivação da reabilitação psicossocial, também aponta a importância da corresponsabilização, assim como o trabalho interdisciplinar, cuidado integral e projeto terapêutico singular. No estudo de Bezerra et al. (2016), observa-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, seja através de supervisão, seja na administração dos psicofármacos ou no manejo terapêutico. Por outro lado, percebe-se que a corresponsabilização do familiar, por vezes, pode refletir uma situação de superproteção que dificulta a emancipação do usuário, necessitando de limites. Essas são questões que perpassam as dinâmicas familiares e as dinâmicas de cuidado, servindo de temas a serem tratados nos grupos de família.

Na revisão de literatura de Pinho et al. (2018), os artigos também indicavam importância da participação da família na proposta terapêutica, considerando-a como retaguarda, destacando que o sucesso do cuidado decorre também da sua responsabilidade. A reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias são facilitadas quando os familiares acreditam na melhora na condição de saúde do usuário.

### **Formas de acesso utilizadas pelos profissionais para conseguir o envolvimento da família no tratamento do usuário**

Alguns profissionais acreditam que a família está afastada na sociedade contemporânea; ela tem dificuldades e falta disponibilidade para cuidar. E que devido aos núcleos familiares hoje serem cada vez menores, muitos usuários moram sozinhos. Um dos entrevistados referiu que se a família não desejasse colaborar, o processo de cuidado aberto do CAPS não se concretizaria. Mas, os profissionais criaram cada vez mais estratégias de cuidado, entendendo que as famílias também precisavam ser cuidadas. Buscaram a inclusão das famílias, dando espaço para que

falassem de suas emoções, dúvidas, sofrimentos, entre outros que emergissem. Também têm trabalhado a confiança, a diminuição da ansiedade e a compreensão da família sobre a doença. Trabalham com as famílias de forma que elas possam perceber que são capazes de cuidar, que conseguem administrar a dor e que o familiar em sofrimento mental não seria melhor tratado no hospital, que era o que se pensava antes da reforma antimanicomial. Desta forma, as famílias conseguem se envolver no tratamento, entendem que sua participação é importante, através da não culpabilização das mesmas, mas dando respaldo e trabalhando junto com elas.

*Aqui a gente tem um recurso de cuidar das famílias... que tem esse olhar também pra família, de buscar essa inclusão, de buscar essa compreensão da família, que nem sempre eles compreendem o que é a doença... o que que tá acontecendo com aquele familiar, e às vezes por uma questão mesmo de não entender mesmo, de não entender o que que é... trata de qualquer forma, acha que é uma coisa que ele poderia reverter... (P7)*  
*...a gente tá pensando em ir além das reuniões... de ter um cuidado mais efetivo, não no sentido de tratar em psicoterapia, não... mas de ter um espaço em que eles vão poder falar das emoções deles também... porque as vezes a gente percebe que o paciente é um depositário da família... tipo um bode expiatório né... aquele lugar onde todo mundo deposita o lixo... entre aspas... porque a gente sente que as famílias são muito sofridas também...(P7)*

Também Wetzal et al. (2009) defendem que a família “é a unidade cuidadora e sua inclusão é essencial para a proposta de reabilitação psicossocial, exigindo que a equipe se responsabilize por ela, pois é igualmente afetada pela condição da doença” (p. 146).

Todos os profissionais relataram que realizam várias estratégias para acessar a família: entrega de bilhetes aos usuários, direcionados aos familiares ou responsáveis como a convocação para as reuniões de família, contato telefônico, visitas domiciliares e remanejamento de horários. Mesmo assim, às vezes não conseguem se comunicar com a família, ou conseguindo, algumas não comparecem. Se a família biológica ou outro responsável não comparecem, os profissionais trabalham com o usuário da maneira possível. No caso da visita domiciliar, ela é muito importante segundo Kantorski et al. (2012), pois além de atender os que não conseguem ir ao CAPS, os profissionais conseguem compreender melhor a dinâmica do funcionamento familiar e

a comunidade que estão inseridos, realizam educação em saúde e até mesmo mediação de conflitos, melhorando o prognóstico dos usuários. De qualquer maneira, os profissionais referiram que, durante o tratamento, os familiares podem entrar em contato com eles sempre que desejarem e houver necessidade, buscando orientações específicas ou gerais.

Mas, há diferença de atuação entre os profissionais. Para uns, nem tudo é problema e conflito, entendem que algumas coisas fazem parte do curso natural da vida e às vezes o profissional não chama algumas famílias para a reunião. Já outros profissionais, telefonam para ter notícias quando a família não tem frequentado o CAPS. Outras vezes ainda, a família telefona para comunicar ou justificar ausência. Os motivos elencados para as ausências foram variados: o convite para a reunião pode não ter chegado até o familiar, impedimento do trabalho, questões financeiras, sobrecarga, falta de contato e vínculo com o usuário, tempo de tratamento longo no CAPS e negação do problema. No estudo de Rosa e Campos (2013), os profissionais participantes sinalizaram que a classe social dos usuários dos CAPS se situa entre D e E, indicando que os segmentos de baixa renda demandam uma atenção integral, trazendo a demanda por assistência em saúde mental e as determinadas pela questão social, como aquelas relacionadas ao transporte, bem como outras inerentes às condições básicas de sobrevivência (comida, roupa), acesso a Benefício de Prestação Continuada, e às ligadas à sua imagem social deteriorada (preconceito). Outra fala de um profissional deste estudo ilustra:

*Muita gente vai dizer que não participa... e eu acho que eles participam muito. Eles participam quando chegam, eles aprendem... agora muitos têm tratamento longo porque são doenças crônicas, e com o tempo a família vai cuidar da própria vida e já não participa mais tanto... mas eu sinto que a maioria, uma maioria importante, participa numa época grande, e depois nas crises, ela volta a se aproximar e tal. (P9)*

Já Mielke, Kantorski, Jardim e Olschowsky (2009) acreditam que, a ausência de familiares nas atividades dos serviços, pode estar relacionada às dificuldades em assumirem a



responsabilidade que lhe cabe no tratamento, assim como a sobrecarga em relação ao usuário. Para Bezerra et al. (2016), devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores. A dimensão familiar do cuidado pode tornar viável a participação da família em uma articulação de corresponsabilidade, porém, na prática, ainda se encontra fragilizado.

Segundo os profissionais, cuidar do usuário é também cuidar do binômio usuário-família, tanto da relação entre eles quanto da relação da família com a dor. Aquele usuário que não tem ninguém que o apoia, demanda um trabalho árduo, de sensibilização para que ele entenda a necessidade de gerir e conduzir a própria vida, dentro dos recursos que tem. Ser capaz de pedir ajuda, mas também responder por si mesmo.

Para Bezerra et al. (2016), a dimensão profissional do cuidado, presente nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários, é regida por três elementos principais, que conferem ao profissional uma maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a competência técnica; a postura ética, em particular o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; e a capacidade de construir vínculo.

No estudo de Romanini, Guareschi e Roso (2017), porém, os profissionais de um CAPS AD sentem-se frustrados quando se deparam com situações difíceis, quando o usuário não se vincula ao serviço. Percebem que *“não é possível acolher sem ser acolhido”* (p. 494). No estudo de Abrahão, Azevedo e Gomes (2017), a equipe de um CAPS enfatizou a sobrecarga do dia a dia dos profissionais, os conflitos, não só a precariedade dos recursos físicos e materiais, mas também humanos de quem exerce o cuidado. Ressaltaram a baixa resolutividade dos casos, dada

a escassez de oferta da rede de saúde mental e uma falta de investimento também na gestão em ações de formação no serviço.

### **Mudanças no relacionamento família-usuário**

Quase todos os entrevistados identificaram mudanças no relacionamento entre os usuários e as famílias durante o tempo de tratamento no Caps. Pensam que para mudar o relacionamento, têm que dar informações à família. As pessoas ficam ansiosas, com medo de algo que não conhecem. E a partir do momento que conhecem, têm maior entendimento, participação e adesão ao tratamento do usuário.

A família chega e se mantém “*engessada, enrijecida, dura*”, segundo os profissionais, e depois que eles vão mostrando que o CAPS é um espaço de cuidado, que o trabalho acontece em conjunto, os familiares ficam mais flexíveis. Os entrevistados referem que o trabalho do CAPS não existiria se não fosse o apoio das famílias. Aos poucos, melhora a inserção, aceitação e compreensão dos familiares em relação às angústias ou crises existentes. À medida que o usuário vai sendo cuidado e começa a melhorar, a família verifica a grande mudança. O apoio da família ao usuário resulta na melhora do contato entre eles. A família muda seu jeito de lidar com o usuário, mas não somente com ele, muda o jeito de lidar com a própria vida, fica mais aberta e aprende a compreender os problemas humanos. Demonstra carinho com o familiar, porém sem a infantilização que muitas apresentavam no início. Os familiares sentem-se apoiados para lidar com suas dificuldades e preconceitos. Quanto mais participativa a família no tratamento, maior o entendimento de como a pessoa está funcionando e o que tem em comum com outros usuários. Entretanto, algumas famílias estão em conflito, tornando este entendimento mais difícil, conforme ilustram as falas:

*E tem alguns que tem essa questão e que às vezes tem os conflitos dentro da família e aí é complicado... até por questões sociais... por questão de adoecimento de outros membros... então... sempre que acontece isso e que existe isso, se torna mais complicado, mais difícil... né... esse contato... mas, de todo jeito isso precisa ser trabalhado... até com ele pra entender as limitações dos outros né... não só as limitações deles. (P8)*

*A família muda o jeito de viver, elas ficam uma família mais aberta, ao modo de vida revolucionário, por exemplo, questões que às vezes eu noto, a diferença lá fora, a gente vê na clínica várias questões sobre sexualidade, as famílias lidam melhor, porque elas vão aprendendo ao longo do tratamento a compreender os problemas humanos, do que famílias que não tem tratamento, e acabam tendo suporte pra pensar suas dificuldades, seus preconceitos.... então acho que elas melhoram o jeito de lidar com o paciente, lidando com carinho, mas sem infantilização, e melhoram o jeito de lidar com a própria vida, porque ao longo do tratamento elas vão trabalhando melhor as questões próprias da diversidade de uma clientela de 400 pessoas. (P9)*

Saber manejar situações de crise tem implicação direta na qualidade de vida das pessoas, pois sofrimento intenso pode levar à desestruturação na vida psíquica, familiar e social. Segundo Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes e Pinheiro (2011), os momentos de crise não se restringem ao momento agudo, mas a um momento complexo que envolvem as questões familiares, sociais, de relação e de afeto do usuário. Por isso, a necessidade da escuta e intervenção que instrumentalize o indivíduo com transtorno mental a responder às situações desencadeantes da crise.

Como existem famílias que melhoram junto com o tratamento, há quem observe também mudanças negativas, famílias que adoecem junto. O paciente *“costuma chegar muito machucado e durante o tratamento, algumas feridas vão cicatrizando”* (P1), e o usuário relata que os familiares estão se relacionando melhor. Entretanto, há profissional que entende que a família não mudou e quem se transformou foi o usuário e está podendo enxergar de outra forma. Pode ser que exista uma mudança de percepção do usuário, mas a teoria sistêmica familiar propõe que quando um indivíduo muda dentro de um sistema, os demais membros tendem a mudar. Assim, alguns profissionais entendem que o tratamento que acontece na instituição, *“escorre lá e vice-versa”* (P2). Quando o usuário está adoecido, a família encontra um modo de funcionamento

junto com ele, e quando ele melhora, eles precisam encontrar um outro modo de funcionar. Os profissionais entendem que precisam estar se reatualizando junto com os familiares e os usuários. De fato, não é possível para a família funcionar da mesma maneira quando um membro está funcionando diferente.

*Ah muito! Aquelas que são frequentes no tratamento então é extraordinária a diferença que você observa. Porque desde o entendimento de como que a pessoa singularmente tá funcionando, mas também o que que aquele quadro traz, que tem alguns pontos em comum com os outros usuários... (P10)*

*... a transformação mais é com o paciente. Claro que tem muitos família-pacientes, que aprendem muito da fundação, não só na reunião, mas como um todo. Aprendem muito, crescem muito. (P1)*

### **Repercussões do envolvimento da família no transtorno mental do familiar**

Todos os dez profissionais disseram que o envolvimento da família no tratamento faz diferença no transtorno mental do usuário, frisando a importância da presença e do apoio familiar. E que o apoio sempre vai fazer diferença em qualquer situação da vida, que “*não é só passar a mão na cabeça, é dar limite também*” (P3). Referiram que ter alguém a seu lado faz toda a diferença, “*normalmente é muito difícil ter sucesso quando se está sozinho no mundo*” (P4). Nos hospitais psiquiátricos, o indivíduo fica internado, longe da família, e para os profissionais, mesmo que a família tenha conflitos, eles também são importantes para o crescimento e amadurecimento, estão juntos, estão procurando entender, e nisso existe uma sabedoria e qualidade de vida. Segundo eles, quando se está longe da família, pode não ter problema nenhum, mas também não há elaboração, não transforma, não amadurece com as dificuldades. Os desgastes acontecem até ter o entendimento de que é preciso integrar. Inicialmente vão existir dificuldades, recaídas, mas depois o trabalho se torna mais leve, o sofrimento dos usuários diminui, eles conseguem se organizar melhor e a qualidade de vida melhora.

No início, a família ia só buscar, conhecer, escutar, aprender, depois começou a contribuir, ensinar, e isso foi bem recebido. Ela leva suas vivências e histórias para o CAPS, gerando ressonância em outros, e essa transversalidade da família com outras famílias promovem uma cura coletiva, acreditam os profissionais. Para aqueles usuários que têm conflitos com seus familiares e é mais difícil o contato, também precisa ser trabalhado o entendimento que eles têm de suas limitações e as dos outros, uma vez que todos apresentam limitações.

A maior dificuldade no adoecimento mental é o sentimento de solidão: *“a loucura é o vazio da solidão de quem ama”* (fala de usuário segundo P9); e quando a família está presente e participa do tratamento, essa solidão é quebrada e ele não sente que está fora do contexto familiar, mas que permanece com todos e isso ajuda muito, o tratamento fica ancorado. Se não tiver alguém que cuida em casa, o tratamento fica pela metade. Mesmo que o usuário tenha certa autonomia, é preciso ter alguém, pelo menos para olhar e dizer se está tudo certo. É comum a família depositar determinadas características que não gosta de ver em si mesma em um membro, e com essa *“deposição”* (P10), ela fica alienada de sua situação. Quando a família cuida, não tem como ela não enxergar e o psicólogo faz a devolução para ela: *“alguém não precisa ficar tão louco pra você se sentir tão normalzinho assim”* (P10). Na teoria sistêmica, esta é a ideia da triangulação (Nichols & Schwartz, 2007), quando dois indivíduos têm conflito, geralmente enredam um terceiro para ajudar a aliviar a ansiedade e este pode adoecer para que os outros possam continuar *“mais normais”*.

*Acho que com o envolvimento da família o tratamento fica mais ancorado. Por exemplo, tem pacientes que tem dificuldade em tomar a medicação em casa, e aí se você não tem alguém que vá se dispor a fazer isso, o tratamento vai ficar pela metade, ou às vezes ele até toma a medicação, ou toma de maneira errada... ou ele faz confusão...então mesmo que ele tenha uma certa autonomia, eu vou precisar de alguém pra pelo menos olhar se tá tudo certo. (P7)*

O estudo de Schrank e Olschowsky (2008) indicou que é preciso compreender a família como parceira no enfrentamento e vivência da doença mental, para além dos muros hospitalares, a fim de se evitar a fragmentação do cuidado, facilitar a continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais possíveis, para a proposta psicossocial de reabilitação. Também no estudo de Bezerra et al. (2016), a visão é mais ampla. Tanto nas entrevistas e no grupo focal, foi evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado, como corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico.

*Porque se a família não tá junto, a crise é inevitável, ela vai acontecer, e o desgaste pra família, pra pessoa... então até, difícil né, até ter esse entendimento que precisa pra integrar, vai os tombos, vai as recaídas, mas depois, o trabalho se torna muito mais leve, muito mais leve. (P5)*

### **Considerações finais**

Evidencia-se aqui a compreensão que os profissionais demonstraram sobre as diferentes e novas formas de compor e compreender família que a cada momento vão se modificando e que depende também da situação em que se encontra, como neste caso de famílias de indivíduos com transtornos mentais. A maioria dos profissionais acredita que vínculos familiares vão além dos vínculos consanguíneos e as configurações mais frequentes.

As atividades realizadas nesse CAPS pelos profissionais com as famílias mostraram-se muito criativas, explorando as questões cognitivas, verbais, corporais, de produção, além de considerar a formação e habilidades específicas de cada trabalhador. Os profissionais buscam diversificá-las, a fim de atender públicos variados, com interesses e necessidades diversos, como os relacionamentos familiares e o cuidado ao cuidador. A prática profissional não se restringe somente ao interior do CAPS, mas circula também pela comunidade. Os profissionais avaliaram que as atividades propostas por eles, tanto com usuários como com os familiares, correspondem à

proposta do serviço. Entretanto, evidenciam a importância de não estagnar, devendo sempre criar novas estratégias de atuação. Consideram também que as atividades com os usuários e a participação e apoio da família são essenciais para o processo de reabilitação. Percebe-se com os relatos, a importância que o contexto familiar possui para o fortalecimento do cuidado e da reinserção do sujeito nas atividades da comunidade. No entanto, entendem que a família também pode atuar negativamente, aniquilando qualquer forma de reinserção social. De forma alguma culpabilizam a família, mas os profissionais compreendem a interrelação entre os membros da família, a influência mútua, tanto para melhorar como para piorar o funcionamento.

Todos os profissionais concordam que a maioria das famílias participa do tratamento, apesar de alguns profissionais acreditarem que a família está afastada na sociedade contemporânea, com dificuldades e falta de disponibilidade para cuidar. Interessante a visão que possuem sobre as especificidades de cada situação e família, refletindo na dinâmica do cuidado, como o fato de acreditarem que a família se envolve a seu modo, participando até mesmo quando se ausenta, provavelmente demonstrando que não está dando conta no momento. Os profissionais deste CAPS entendem que as famílias também precisam ser cuidadas, movimentando-se para isso.

Para a efetivação da reabilitação psicossocial, também foi apontada a importância da corresponsabilização, assim como o trabalho interdisciplinar, o cuidado integral e projetos terapêuticos singulares. A literatura também enfatiza a parceria entre os envolvidos e a consideração das opiniões de profissionais-usuários-família na composição de projetos terapêuticos. Os profissionais desse CAPS identificam mudanças no relacionamento entre os usuários e as famílias durante o tempo de tratamento no CAPS, ressaltando a questão do conhecimento e da importância das informações à família. Conclui-se que a participação da família é um componente essencial no processo de cuidado, como corresponsável pelo

acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico.

Esta pesquisa contribui com dados referentes aos profissionais do CAPS mais antigo da região. A parceria no enfrentamento e vivência da doença mental, para além dos muros hospitalares, foi uma questão pertinente neste estudo, visando facilitar a continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais possíveis, condizente com a proposta psicossocial de reabilitação. Estas práticas podem ser um bom modelo para os que queiram trabalhar com saúde mental, ou mesmo em outras áreas. Apesar disso, por se tratar de um estudo em um único CAPS pode ser limitante em termos de modelo e de exemplo de efetivação do processo da reforma psicossocial. Considera-se importante que se esteja continuamente estudando o cuidado e a reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais nos serviços, a fim de identificar mudanças no padrão de ações dos profissionais e sua repercussão no processo da Reforma Psiquiátrica

### Referências

- Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M., & Gomes, M. P. C. (2017). A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde, 15*(1), 55-71.
- Alcântara, C. B., Capistrano F. C., Czarnobay J., Ferreira A. C. Z., Brusamarello T., & Maftum M. A. (2018). A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Escola Anna Nery 22*(2), 1-7.
- Amaral, R. A., & Rieth, C. E. (2015). Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. *Aletheia, 47*(48), 64-78.
- Amorim, A. K. M. A., Mackson, M. A. D., Costa, L. F., Araújo, A. C., & Ferreira, D. S. (2017). Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. *Estudos de Psicologia, 22*(1), 39-49.
- Amorim, M. F., & Otani, M. A. P. (2015). A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., 11*(3). Recuperado em 14 de junho, 2018: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p168-177.



- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, I. C., Morais, J. B., Paula, M. L., Silva, T. M. R., & Jorge, M. S. B. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde e debate*, 40(110), 148-161.
- Bielemann, V. et al. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto contexto – Enfermagem*, 18(1), 131-139.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília – DF. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).
- Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista Escola de Enfermagem*, 43(2), 393-400.
- Coimbra, V. C. C., Nunes, C. K., Kantorski, L. P., Oliveira, M. M., Eslabão, A. D., Cruz, V. D. (2013). As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, 5(2), 3883-3876. Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf\\_788](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf_788)
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 (4), 1209-1226.
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10) Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108?utm\\_source=TrendMD&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=BMJOp\\_TrendMD-0](http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=BMJOp_TrendMD-0).
- Ferreira, P. A., & Prati, L. E. (2010). *A Família com um membro portador de transtorno mental: Estudo de caso*. Tese não publicada, Curso de Psicologia, Faculdades Integradas de Taquara, Rio Grande do Sul.
- Freire, E. C., Feijó, C. F. C., Fonteles, M. M. F., Eliza de Sá, J. S., & Carvalho, T. M. J. P. (2013). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtornos de humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Rev Ciênc Farmac Bás Aplic*, 34(4). Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewArticle/2641](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2641).
- Galvanese, A. T. C., Nascimento, A. F., D'Oliveira, A. F. P. L. (2013). Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. *Rev Saude Publica*, 47(3), 360-367.

- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O., & Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev. esc. enferm. USP*, 42(1), 135-142.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciencia Saude Coletiva*, 16(7), 3051-3060.
- Jucá, V. J. S., Lima, M., & Nunes, M. O. (2008). A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Mental*, 6(11), 125-143.
- Kantorski, L. P., Machado, R. A., Lemões, M. A. M., Quadros, L. C. M., Coimbra, V. C. C., & Jardim, V. M. R. (2012). Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc Cuid Saude*, 11(1), 173-180.
- Leite, L. S., & Rocha, K. B. (2017). Educação Permanente em Saúde: *Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. Estudos de Psicologia*, 22(2), 203-213.
- Linares, J. L., & Selvini, M. (2015). *O sofrimento Psicológico e o Maltrato Relacional como Fonte de Psicopatologia*. São Paulo: Zagodoni.
- Lobosque, A. M. (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*, 8(5), 53-60.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A., & Machad, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.
- Mielke, F. B., Olschowsky, A., Pinho, L. B., Wetzel, C., Kantorski, L. P. (2012). Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 501-507.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, Wai-Yung. (2009). *Famílias e casais: do sintoma ao sistema*. Porto Alegre: ArtMed.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-151.
- Pinho L. B., Hernández A. M. B., & Kantorski L. P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude*, 9(1), 28-35.
- Romanini, M, Guareschi, P. A., & Roso, A. (2017). O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde Debate*, 41(113), 486-499.

- Rosa, L. C. S., & Campos, R. T. O. (2013). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, 114(supl.), 311-331.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37(97), 324-335.
- Santos A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial – CAPS na Bahia. *Rev. Polis e Psique*, 6(3), 124 – 144.
- Schneider, J. F., Camatta, M. W., Nasi, C., Adamoli, A. N., & Kantorski, L. P. (2009). Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*, 15(3), 91-100.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1), 127-134.
- Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-vaisberg, T. M. J. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 275-282.
- Teixeira Júnior, S., Kantorski, L. P., Olschowsky, A. (2009). O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha Enferm.* 30(3), 453-460.
- Vasconcelos M. G. F., Jorge M. S. B., Catrib A. M. F., Bezerra I. C., & Franco T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 20(57), 23-313.
- Viana, M. C., Shahly, V., Alhamzaw, A., Alonso, J., Andrade, L. H., & Angermeye, M. C. et al. (2013). Carga familiar relacionada com distúrbios mentais e físicos no mundo: resultados dos inquéritos da OMS à Saúde Mental Mundial (WMH). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 35(2), 115-125.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- Wetzel, C., Schwartz, E., Lange, C., Pinho, L. B., Zillmer, J. G. V., & Kantorski, L. P. (2009). A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. *Cienc Cuid Saude*, 8(Supl.), 40-46.
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G.W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64.
- Xavier, M. S., Terra, M. G., Silva, C. T., Mostardeiro, S. C. T. S., Silva, A. A., & Freitas, F. F. (2014). The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Esc Anna Nery*, 18(2). Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452014000200323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000200323&lng=en)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação procurou aproximar-se dos profissionais de saúde mental no intuito de compreender a relação de suas formações e o cuidado aos indivíduos com transtornos mentais, a partir dos relatos de vivências dos mesmos, à luz da Teoria Familiar Sistêmica e da literatura atual na área da saúde mental. Nesse sentido, espera-se que esses estudos tenham ajudado a entender os contextos familiares e sociais dos indivíduos com transtornos mentais em tratamento no CAPS e os perfis dos profissionais de saúde que lá atuam.

Nesses estudos observou-se que os profissionais apresentam uma relevante formação e capacitação para atuar nesse serviço. Todos os profissionais entrevistados possuem especializações e as capacitações não estão descontextualizadas do cotidiano do serviço. Os profissionais demonstraram constante preocupação em estarem renovando seus conhecimentos, atualizando suas atuações de forma cada vez mais humanizada e dentro do paradigma psicossocial. A equipe de profissionais demonstrou ter comprometimento uns com os outros e com os usuários do serviço, estejam eles em sofrimento mental ou participando no entorno, de forma direta ou indireta.

Os entrevistados consideram também que as atividades com os usuários e a participação e apoio da família são essenciais para o processo de reabilitação. Percebe-se com os relatos, a importância que o contexto familiar possui para o fortalecimento do cuidado e da reinserção do sujeito nas atividades da comunidade. Os profissionais desse CAPS evidenciaram diferentes e novas formas de compor e compreender família de indivíduos com transtorno mental. Também têm criado cada vez mais estratégias de cuidado, entendendo que as famílias também precisam ser cuidadas.

O sofrimento mental foi exposto como uma questão complexa, como um porta voz da

sociedade, podendo ser saudável, uma vez que é adoecedor adequar-se aquilo que está errado. A família, como micro sociedade também participa do adoecimento do indivíduo. Assim, a participação da família no tratamento pode contribuir para a melhora de todos, mas os profissionais não consideram apropriado falar em cura. A forma como os profissionais entendem a doença mental e como percebem as pessoas que têm algum sofrimento psíquico dão indicativos de bom acolhimento e atendimento pelo serviço.

As visões dos profissionais desta pesquisa aproximaram-se muito dos conceitos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, apesar de que alguns deles apresentaram ter ainda algumas ideias mais reducionistas e atreladas ao modelo biomédico, demonstrando que os princípios e as práticas baseadas no modelo psicossocial são assimilados e vivenciados pelas pessoas em formas e tempos diferentes. No geral, os profissionais perceberam a clientela do CAPS bem diversificada, tanto com transtornos mais graves e também aqueles considerados mais moderados.

O trabalho da equipe desse CAPS, suas atividades psicossociais, em conjunto com família e a comunidade, parece ter alcançado resultados importantes, como redução do número de crises dos sujeitos e do intervalo entre crises, assim como a obtenção de maior autonomia e de melhor qualidade de vida para eles. O trabalho em saúde mental requer, portanto, que o profissional revise constantemente seu modo de atuar, de acolher as demandas ou mesmo seu conhecimento técnico. Para a efetivação da reabilitação psicossocial, também foi apontada a importância da corresponsabilização, além do trabalho interdisciplinar, o cuidado integral e projetos terapêuticos singulares.

Esta pesquisa contribui com dados referentes aos profissionais do CAPS mais antigo da região. Além da formação e capacitação dos profissionais, também parece relevante o

engajamento e motivação dos mesmos com o trabalho, que somados, parecem produzir uma prática eficaz, reflexiva e inovadora, atrelada ao paradigma psicossocial. A parceria no enfrentamento e vivência da doença mental, para além dos muros hospitalares, foi uma questão pertinente neste estudo, visando facilitar a continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais possíveis, condizente com a proposta psicossocial de reabilitação.

As práticas realizadas pelos profissionais desse CAPS podem ser um bom modelo para os que queiram trabalhar com saúde mental, ou mesmo em outras áreas, pois suas ações estão em consonância com as propostas da reforma psiquiátrica. Apesar disso, o estudo tem o limite por ser o modelo de um único CAPS. Considera-se importante que se esteja continuamente pesquisando como os serviços como o CAPS, realiza o cuidado e a reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais a fim de identificar mudanças que estejam de acordo com o modelo psicossocial. Também considera-se importante que se esteja continuamente descrevendo o perfil dos profissionais desses serviços, a fim de verificar se atendem às necessidades do mesmo.

Acredita-se que os resultados podem ser utilizados como subsídio às práticas dos profissionais da saúde, estudantes, pesquisadores e gestores de serviços de saúde, no sentido de desencadear reflexões, discussões e ações com o intuito de assistir de forma eficaz os indivíduos com transtornos mentais, além da estruturação de programas de promoção à saúde, prevenção e tratamento. Estudos continuados sobre a evolução da prática profissional nos serviços não manicomial são importantes para a disseminação desta forma de tratar, assim como sobre as formas de participação e envolvimento da família, sendo incluída no tratamento.

## Referências

- Abrahão, A. L., Azevedo, F. F. M., & Gomes, M. P. C. (2017). A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no centro de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde, 15*(1), 55-71.
- Alcântara, C. B., Capistrano F. C., Czarnobay J., Ferreira A. C. Z., Brusamarello T., & Maftum M. A. (2018). A terapêutica medicamentosa às pessoas com transtorno mental na visão de profissionais da enfermagem. *Escola Anna Nery 22*(2), 1-7.
- Amaral, R. A., & Rieth, C. E. (2015). Sigilo e integralidade no cuidado em saúde mental: desafios à atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. *Aletheia, 47*(48), 64-78.
- Amorim, A. K. M. A., Mackson, M. A. D., Costa, L. F., Araújo, A. C., & Ferreira, D. S. (2017). Práticas corporais e desinstitucionalização em saúde mental: Desafios e possibilidades. *Estudos de Psicologia, 22*(1), 39-49.
- Amorim, M. F., & Otani, M. A. P. (2015). A reabilitação psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., 11*(3). Recuperado em 14 de junho, 2018: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p168-177.
- Amorim, R. G., & Lavrador, M. C. C. (2017). A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão, 37*(2), 273-288.
- Aosani, T. R., & Nunes, K. G. (2013). A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde, 5*(2), 71-80.
- Aun, J. G., Vasconcellos, M. J. E., & Coelho, S. V. (2007). *Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais: o processo de atendimento sistêmico*. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, I. C., Morais, J. B., Paula, M. L., Silva, T. M. R., & Jorge, M. S. B. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. *Saúde e debate, 40*(110), 148-161.
- Bielemann, V. et al. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto contexto – Enfermagem, 18*(1), 131-139.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília – DF. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Série E. Legislação de Saúde. (2004). *Legislação em saúde mental*. Brasília-DF. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf).

- Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista Escola de Enfermagem*, 43(2), 393-400.
- Coimbra, V. C. C., Nunes, C. K., Kantorski, L. P., Oliveira, M. M., Eslabão, A. D., Cruz, V. D. (2013). As tecnologias utilizadas no processo de trabalho do centro de atenção psicossocial com vistas à integralidade. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, 5(2), 3883-3876. Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf\\_788](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2007/pdf_788).
- Cruz, L. S., Carmo, D. C., Sacramento, D. M. S., Almeida, M. S. P., Silveira, H. F., & Ribeiro Junior, H. L. (2016). Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial do município de Candeias – Bahia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2), 93-98.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 (4), 1209-1226.
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10) Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108?utm\\_source=TrendMD&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=BMJOp\\_TrendMD-0](http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006108?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=BMJOp_TrendMD-0).
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31-44.
- Ferreira, P. A., & Prati, L. E. (2010). *A Família com um membro portador de transtorno mental: Estudo de caso*. Tese não publicada, Curso de Psicologia, Faculdades Integradas de Taquara, Rio Grande do Sul.
- Fonseca, A. P., & Figueiredo, V. C. N. (2015). Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(1), 30-42.
- Freire, E. C., Feijó, C. F. C., Fonteles, M. M. F., Eliza de Sá, J. S., & Carvalho, T. M. J. P. (2013). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários com transtornos de humor de centro de atenção psicossocial do nordeste do Brasil. *Rev Ciênc Farmac Bás Aplic*, 34(4). Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewArticle/2641](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/2641).
- Galvanese, A. T. C., Nascimento, A. F., D'Oliveira, A. F. P. L. (2013). Arte, cultura e cuidado nos centros de atenção psicossocial. *Rev Saude Publica*, 47(3), 360-367.
- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O., & Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Rev. esc. enferm. USP*, 42(1), 135-142.



- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciencia Saude Coletiva*, 16(7), 3051-3060.
- Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 173-182.
- Kantorski, L. P., Machado, R. A., Lemões, M. A. M., Quadros, L. C. M., Coimbra, V. C. C., & Jardim, V. M. R. (2012). Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Cienc Cuid Saude*, 11(1), 173-180.
- Kuhn, T. S. (2006). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Lauermann, J. D., & Borges, Z. N. (2014). Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde? *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 11-20.
- Leitão, I. B., Figueiredo, D. D., Marbach, M. A. J., & Martins, K. S. (2017). Caracterização dos transtornos psiquiátricos diagnosticados no Caps 1, em Jaguaré, ES, no período de janeiro a outubro de 2014. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(1), 19-35.
- Leite, L. S., & Rocha, K. B. (2017). Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 203-213.
- Linares, J. L., & Selvini, M. (2015). *O sofrimento Psicológico e o Maltrato Relacional como Fonte de Psicopatologia*. São Paulo: Zagodoni.
- Lobosque, A. M. (2007). CAPS: laços sociais. *Mental*, 8(5), 53-60.
- Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Olschowsky, A., & Machad, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 159-164.
- Mielke, F. B., Olschowsky, A., Pinho, L. B., Wetzel, C., Kantorski, L. P. (2012). Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 501-507.
- Minuchin, S., Nichols, M. P., & Lee, Wai-Yung. (2009). *Famílias e casais: do sintoma ao sistema*. Porto Alegre: ArtMed.
- Muller, F. G. (2011). *Do sintoma à narrativa: como a psique se tornou interacional*. Monografia, Familiare Instituto Sistêmico, Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica, Florianópolis.
- Nascimento, G. C. M., Scorsolini-Comin, F., & Peres, R. S. (2013). Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mapeamento das contribuições dos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 9(2), 95-102.

- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Genebra: OMS.
- Osório, L. C., & Valle, M. E. P. (2009). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Osório, L. C. (2013). *Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pedro, M. F., Ribeiro, T., & Shelton, K. H. (2012). Marital satisfaction and partners' parenting practices: the mediating role of coparenting behavior. *Journal of Family Psychology, 26*(4), 509-522.
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S., & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*(1), 141-151.
- Pinho L. B., Hernández A. M. B., & Kantorski L. P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Cienc Cuid Saude, 9*(1), 28-35.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunic.,Saúde, Educ., 32*(14), 103-113.
- Pinho L. B., Hernández A. M. B., & Kantorski L. P. (2010) Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Esc Anna Nery, 14*(2), 7-260.
- Pinto A. T. M., & Ferreira A. A. L. (2010). Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicol Estud, 15*(1), 27-34.
- Reinaldo, A. M. S., Santos, R. L. F. (2016). Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate Rio de Janeiro, 40* (110), 162-171.
- Reis, S. L. A., & Bellini, M. (2011) Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, 33*(2), 149-159.
- Reis L. N., Pereira S. S., Cardoso L., & Gherardi-Donato E. C. S. (2013). Transtornos mentais orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. *Rev Port Enferm Saúde Mental, 9*. Recuperado em 14 de junho de 2018 de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602013000100008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100008).
- Romanini, M, Guareschi, P. A., & Roso, A. (2017). O conceito de acolhimento em ato: reflexões a partir dos encontros com usuários e profissionais da rede. *Saúde Debate, 41*(113), 486-499.

- Rosa, L. C. S., & Campos, R. T. O. (2013). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv. Soc. Soc.*, 114(supl.), 311-331.
- Salles, A. C. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37(97), 324-335.
- Santos A. V., & Martins, H. T. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial – CAPS na Bahia. *Rev. Polis e Psique*, 6(3), 124 – 144.
- Schmidt, B., Schneider, D. R., & Crepaldi, M. A. (2011). Abordagem da violência familiar pelos serviços de saúde: contribuições do pensamento sistêmico. *Psico*, 42(3), 328-336.
- Schneider, J. F., Camatta, M. W., Nasi, C., Adamoli, A. N., & Kantorski, L. P. (2009). Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*, 15(3), 91-100.
- Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*, 42(1), 127-134.
- Silva, N. S., Esperidião E., Cavalcante A. C. G., Souza, A. C. S., Silva, K. K. C. (2013). Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4), 51-1142.
- Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-vaisberg, T. M. J. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 275-282.
- Soares, A. C., Rodrigues, L. G. C. S., Silva, F. P. A., & Sai, E. F. (2015). Análise clínica-epidemiológica de pacientes portadores de transtorno mental na Amazônia brasileira. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 19(2), 96-107.
- Teixeira Júnior, S., Kantorski, L. P., Olschowsky, A. (2009). O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. *Rev Gaúcha Enferm.* 30(3), 453-460.
- Vasconcelos M. G. F., Jorge M. S. B., Catrib A. M. F., Bezerra I. C., & Franco T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface (Botucatu)*, 20(57), 23-313.
- Viana, M. C., Shahly, V., Alhamzaw, A., Alonso, J., Andrade, L. H., & Angermeye, M. C. et al. (2013). Carga familiar relacionada com distúrbios mentais e físicos no mundo: resultados dos inquéritos da OMS à Saúde Mental Mundial (WMH). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 35(2), 115-125.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.

- Wetzel, C., Schwartz, E., Lange, C., Pinho, L. B., Zillmer, J. G. V., & Kantorski, L. P. (2009). A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. *Cienc Cuid Saude*, 8(Supl.), 40-46.
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M., & Pinheiro, G.W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64.
- World Organization Health (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva: *World Organization Health*. Recuperado em 14 de junho de 2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf).
- Xavier, M. S., Terra, M. G., Silva, C. T., Mostardeiro, S. C. T. S., Silva, A. A., & Freitas, F. F. (2014). The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Esc Anna Nery*, 18(2). Recuperado em 24 de junho de 2018 de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452014000200323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452014000200323&lng=en).
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na pratica dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 80(32), 27-37.
- Yasui S. (2010). A produção do cuidado no território: 'há tanta vida lá fora'. In: Anais eletrônicos da Conferência Nacional de Saúde Mental; 2010. Brasília: Ministério da Saúde.

## APÊNDICE A

### *Roteiro de entrevista com os profissionais*

Nome:

Idade:

Escolaridade/Profissão:

#### **Estudo 1**

- 1) Há quanto tempo você está trabalhando no CAPS?
- 2) Como veio trabalhar nesta área?
- 3) Você fez formação complementar? (especialização, mestrado, etc)
- 4) O que você pensa sobre o sofrimento mental?
- 5) Que tipo de transtornos são mais frequentemente atendidos aqui no CAPS?
- 6) Como vê a evolução do transtorno mental do (a) usuário (a)?

#### **Estudo 2**

- 1) O que você entende sobre família?
- 2) Em sua opinião, a família acompanha o tratamento do seu familiar? Se sim, de que forma?
- 3) Como você se sente ao trabalhar com as famílias?
- 4) O CAPS oferece atividades para a família? Em geral, a família participa delas?
  - Se não participa, que motivos você acha que a família teria?
  - Se participa, quais atividades participam? Com que frequência?
- 5) Frequência da participação e das atividades
  - Há outras atividades que as famílias participam?

- O que você acha das atividades propostas?
- 6) Você propõe alguma atividade para a família? Qual (is)?
- Se não participa, que motivos você acha que a família teria?
  - Se participa, quais atividades participam? Com que frequência?
  - Como você trabalha no grupo de família ou de que forma trabalha no grupo de família?
- 7) Como é o seu relacionamento com os familiares dos usuários?
- 8) Como você vê o relacionamento da família com o usuário atualmente?
- 9) Você observa mudanças no relacionamento família-usuário durante o tempo de tratamento?
- 10) Você acha que o envolvimento da família no tratamento faz diferença no transtorno mental do familiar? Como?
- 11) Você acha que a família enfrenta dificuldades no relacionamento com seu familiar e com seu tratamento?
- 12) Você enfrenta dificuldades no relacionamento com a família? Quais?
- Ex: Conte-me uma situação de dificuldade e como isso se desenvolveu/solucionou.
  - Se há facilidade no relacionamento com a família ou se este traz algumas facilidades.
- 13) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG  
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP  
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia  
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG) Telefone: (0\*\*34) 3700-6776  
E-mail: [cep@pesqpg.uftm.edu.br](mailto:cep@pesqpg.uftm.edu.br)

## **APÊNDICE B**

### **MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE (Versão fevereiro/2016)**

“Transtorno mental: percepção do profissional do CAPS sobre sua formação e a participação da família”.

---

#### **TERMO DE ESCLARECIMENTO**

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Transtorno mental: percepção do profissional do CAPS sobre sua formação e a participação da família”, por considerar que a sua opinião como profissional sobre os transtornos mentais e a participação da família no tratamento do seu membro com transtorno mental possa ser relevante. Os avanços na área de Psicologia ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender como é o perfil dos profissionais que atuam no CAPS e o entendimento dos mesmos sobre o transtorno mental e a participação da família no tratamento de seu familiar com transtorno mental. E caso você participe, será necessário responder a uma entrevista, audiogravada e com duração média de uma hora. As gravações serão guardadas por cinco anos na Pós-Graduação em Psicologia, quando então serão destruídas. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, uma vez que não será realizado nenhum tipo de procedimento invasivo. Espera-se que o(s) benefício(s) decorrente(s) da participação nesta pesquisa seja(m) o melhor entendimento dos profissionais sobre transtornos mentais e a participação das famílias no tratamento de seus familiares com transtornos mentais e o conhecimento dessas participações para a comunidade científica.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da

pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com uma letra e um número.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: “Transtorno mental: percepção do profissional do CAPS sobre sua formação e a participação da família”.

---

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba,...../...../.....

---

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

---

Documento de Identidade

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do pesquisador orientador

**Telefone de contato dos pesquisadores:**

Cibele Alves Chapadeiro: (34) 37006000.

Mariane Santos Janczeski Bogo: (34)37006000.

---

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.



## ANEXO A

### Parecer Consubstanciado do CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Repercussões da participação da família no tratamento do paciente com transtornos mentais

**Pesquisador:** Cibele Alves Chapadeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 70957417.3.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.289.026

---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.289.026

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_935135.pdf	13/09/2017 21:34:53		Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.docx	13/09/2017 21:34:00	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCep2017modificado.odt	13/09/2017 21:28:04	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionaismodificado.doc	13/09/2017 21:27:25	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfamiliaresmodificado.doc	13/09/2017 21:27:01	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20170623121205896_0001.pdf	23/06/2017 16:00:06	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito
Folha de Rosto	20170622122853345.pdf	23/06/2017 15:59:22	Cibele Alves Chapadeiro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 21 de Setembro de 2017

Assinado por:  
Marly Aparecida Spadotto Balarin  
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br