

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CIÊNCIAS CONTÁBEIS,
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SERVIÇO SOCIAL**

ISABELA DE CÁSSIA DE ANDRADE FARIA

**A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DO CAPS II NA PERCEPÇÃO
DA EQUIPE DE REFERÊNCIA**

ITUIUTABA

2021

ISABELA DE CÁSSIA DE ANDRADE FARIA

**A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DO CAPS II NA PERCEPÇÃO
DA EQUIPE DE REFERÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Administração, Ciências Contábeis, Engenharia de Produção e Serviço Social da Universidade Federal de Uberlândia – FACES/UFU, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto

ITUIUTABA

2021

ISABELA DE CÁSSIA DE ANDRADE FARIA

**A FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS DO CAPS II NA PERCEPÇÃO
DA EQUIPE DE REFERÊNCIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Administração, Ciências Contábeis, Engenharia de Produção e Serviço Social da Universidade Federal de Uberlândia – FACES/UFU, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Ituiutaba, 28 de outubro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto
(Orientador-FACES/UFU)

Profa. Dra. Edileusa da Silva
(Examinadora-FACES/UFU)

Profa. Ms. Isadora de Souza Alves
(Examinadora-FACES/UFU)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir que eu tivesse saúde e determinação para não desanimar durante a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Fátima e Ildo, pelo carinho, atenção e apoio que eles me deram durante toda a minha vida. As minhas irmãs, Fernanda e Flávia. Amo vocês.

Ao meu orientador, prof. Dr. Flander de Almeida Calixto, pela sua dedicação e paciência durante a pesquisa. Seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado deste trabalho.

À Universidade Federal de Uberlândia pela oportunidade de fazer o curso de Serviço Social. Agradeço por me oferecer professores incríveis, um ambiente de estudo agradável e muitos estímulos para participar de atividades acadêmicas. Sou grata não só aos professores, mas também à direção, ao pessoal da limpeza e do administrativo, em especial, meu amigo Marco Antônio, que sempre atendeu minhas dúvidas durante minha trajetória na UFU.

Agradeço ao Centro de Atenção Psicossocial onde tive a oportunidade de ser estagiária. A todos os profissionais da pesquisa, fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de curso, com quem convivi intensamente durante os últimos anos, agradeço a troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como graduanda. Também agradeço às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica. Vocês fizeram desses 5 anos de vida os melhores anos que eu podia ter. Obrigada por todas as festas e pelos almoços no RU.

Agradeço ao meu amigo Fabrício, que sempre me ajudou com sua experiência acadêmica desde o início deste projeto de pesquisa. Ao meu namorado Mateus, que a cada instante torce por mim e é um grande parceiro nessa vida.

Por último, nada disso poderia ter acontecido sem os meus amigos queridos: Andressa, João, Mary, Lays, Cristine, Jéssica, Ludmila e Paloma. Obrigada pelos inúmeros conselhos, apoio e puxões de orelha. As risadas que vocês compartilharam comigo nessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica, fizeram toda a diferença. Minha eterna gratidão.

“Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante dos outros, meros ‘isto’, em quem não reconheço outros eu? [...] A auto-suficiência é incompatível com o diálogo. Os homens que não têm humildade ou a perdem, não podem aproximar-se do povo. Não podem ser seus companheiros de pronúncia do mundo. Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais.”

(Paulo Freire, 1968)

RESUMO

O presente estudo é uma pesquisa de campo qualitativa, de caráter exploratório, bibliográfico e com observação, cujo objetivo foi identificar contribuições da família no acompanhamento do familiar com transtorno mental de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), a partir da perspectiva da equipe de referência de saúde mental. Foram entrevistados, uma assistente social, um enfermeiro e uma psicóloga. O instrumental foi composto de cinco questões com perguntas abertas. O método de análise das respostas foi qualitativo considerando a natureza subjetiva que envolve a percepção de cada profissional. A pesquisa indicou benefícios no acompanhamento do familiar, tendo em vista a possibilidade de dividir responsabilidades e somar conhecimentos sobre os usuários. Por outro lado, revelou ainda a falta de suporte e recursos que as famílias encontram mediante o processo de lidar com o transtorno mental. Os resultados deste estudo sugerem ser fundamental compreender a dimensão subjetiva do usuário e de sua família, diante os problemas e desafios que a equipe de referência encontra para desenvolver o trabalho no atendimento realizado no CAPS.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial. Equipe de Referência. Família. Serviço Social.

ABSTRACT

The present study is a field, exploratory, qualitative and bibliographical research, which has as a goal to be able to identify the family contributions in the attendance of the family membership with mental illness at a Psychosocial Attention Center (CAPS II), from the mental health reference team's perspective. It were interviewed a social worker, a nurse and a psychologist. The instruments was composed by five dissertative questions. The answers analysis method was qualitative, considering the subjective nature that involves each professional perspective. The research indicated benefits in the family attendance, considering the possibility of sharing responsibilities and summing knowledge about the users. On the other hand, it revealed the lack of backing and resources that the family finds in the process of dealing with mental disorder. The results of this research suggest that it is essential to have a comprehension of the subjective dimension over the user and his family, facing the problems and challenges that the reference team experience to develop the work in the CAPS calls.

Keywords: Centro de Atenção Psicossocial. Reference team. Family. Social Work.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	Estruturação do SUS e o CAPS.....	12
2.2	Contexto Histórico da Reforma Psiquiátrica.....	18
2.3	A família e o cuidado em saúde mental.....	23
2.4	O atendimento interdisciplinar com as famílias.....	26
3	MÉTODOS DA PESQUISA.....	31
3.1	Procedimentos metodológicos e cenário de pesquisa.....	31
3.2	Análise dos dados e os depoimentos profissionais.....	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
5.1	Pesquisas futuras.....	42
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXO A - Parecer do CEP.....	49

1 INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto da vivência no campo de Estágio Obrigatório da Graduação em Serviço Social FACES-UFU no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)¹, em que se observou uma dificuldade para efetivar o trabalho interdisciplinar vivenciado com os profissionais de saúde mental da equipe. As principais motivações para a pesquisa surgem no interesse em melhor conhecer os efeitos relacionados à participação da família dos usuários nas ações da equipe de saúde mental deste serviço.

Em passagem pelo estágio curricular de Serviço Social, no CAPS II, incluiu os instrumentais das visitas domiciliares e observou-se nas abordagens da supervisora de campo, a singularidade da participação da família na saúde mental dos envolvidos. Desta maneira imergiu em meio à vivência de estágio, a curiosidade de conhecer o papel da família e o apoio dado ao familiar com transtorno mental e por consequência, a percepção dos profissionais da equipe de referência nos acompanhamentos realizados.

O instrumental não apenas se veste de oportunidade operacional do trabalho da assistente social, mas é uma porta para adentrar na dimensão dialética da intervenção em sua tríade constituída dos aspectos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, conforme nos elucida Guerra (2014).

Refletindo sobre conhecimento previamente levantado na fase de levantamento bibliográfico pode-se perceber que as pessoas com transtorno mental acompanhadas pelos serviços de saúde da unidade, podem ter melhores resultados quando a família participa do tratamento. Observou-se que no CAPS II são realizadas reuniões com temáticas referentes às famílias, considerando a questão do acompanhamento familiar nos programas oferecidos.

Recordando diálogos com a equipe de referência em reuniões realizadas durante a semana, observou-se que eram mencionadas a problematização do acompanhamento da família ou questões que envolvem o familiar. Outro instrumental em que pôde-se colher observações importantes foram oficinas articuladas pela equipe de referência que vivencia escutas e reuniões com as famílias.

Campo importante de observação para o assistente social orientando os condutores e capturando oportunidades para colaborar com a família em possíveis demandas resolvidas pelas políticas sociais disponíveis, apesar dos inúmeros cortes orçamentários sofridos pela saúde com

¹ Será omitido o nome do CAPS a cidade por exigência do CEP-UFU, devido a justificativas de sigilo dos participantes e da instituição parceira.

as estratégias de privatizações e contingenciamentos governamentais no atual governo ultraliberal brasileiro (2019 – 2022).

A percepção obtida por meio de observação assistemática, enquanto estagiária identificou na presença, conflitos internos e pouca compreensão da família na importância de participar de atividades referentes a oficinas e grupos sendo essa, uma percepção particular obtida nos encontros, embora se acresça a isso a dificuldade das famílias muito exigidas na luta pela sobrevivência disporem de tempo disponível para se dedicar ao familiar enfermo em horário de ocupações laborais e demais atividades regulares da família.

Despertou-se assim, interesse em identificar como os profissionais avaliam a importância familiar ao lidar com as famílias responsáveis por essas pessoas, acompanhadas/assistidas pelo CAPS. Com o objetivo central do problema foi saber se haveria benefício no acompanhamento familiar dos usuários. Para tanto foi estruturado um questionário de cinco perguntas para explorar a percepção da equipe de referência da instituição, em atendimento ao usuário e sua família.

Inicialmente buscaram-se referências que abordam a saúde mental entre usuários do SUS. Foram pesquisados documentários cinematográficos de referência, informações audiovisuais que retratam a temática da família e transtorno mental, sempre considerando as relações dessas famílias no tratamento e inserção na sociedade. Como documentários referenciados, destaca o filme *Estamira* (2004)², *Nise — O Coração da Loucura* (2015)³ e o documentário *Nas Ruínas da Loucura* (2009)⁴. Nestas obras foi retratado de forma narrativa, as relações familiares, entre amigos, profissionais no envolvimento de saúde e além dos transtornos mentais no contexto social que podem ser referenciadas às experiências vividas no

² Baseado na história real de Estamira, aos 63 anos e com transtornos mentais. A personagem do documentário, com um discurso forte, levanta temas como o destino do lixo produzido pelos habitantes de uma metrópole e os truques que a mente humana encontra para superar uma dita realidade insuportável da vida. O documentário de Estamira, traça o perfil dessa interessante mulher, colocando pautas durante o decorrer do documentário, como saúde pública, transtorno mental, vida no aterro carioca e a miséria brasileira. Além de retratar o convívio com sua família.

³ Baseado na história real da psiquiatra Nise de Silveira, que foi pioneira na crítica ao modelo asilar no Brasil, e contribuiu para as mudanças nas Leis de pessoas com transtornos mentais, ao reconhecer seus pacientes como pessoas que mereciam confiança e empatia. Nise conseguiu chamá-los a se reconectar com o mundo que vivem, com os laços que tinham, com a família e com as memórias guardadas. Um filme importante no sentido de sensibilização para o outro, em estado psicótico, que mostra que ele consegue criar e se aprimorar por meio da arte e do tratamento digno. Mostra a luta para superar a institucionalização de pacientes psiquiátricos expostos ao choque e à lobotomia quarenta anos antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁴ O documentário aborda um novo olhar sobre a loucura, com histórias sobre o cotidiano de pessoas com transtornos mentais convivendo em Serviço Residencial Terapêutico criado para abrigar ex-pacientes do Hospital Psiquiátrico. *Nas Ruínas da Loucura* aponta para um novo paradigma de saúde mental, que implica novas aprendizagens para aqueles que tradicionalmente tiveram o hospital psiquiátrico como mediador de suas relações.

estágio. O conteúdo retratou as narrativas de histórias reais, assim como estabeleceu uma relação entre a cultura e o transtorno mental, no contexto da sociedade brasileira e as relações das famílias.

Na literatura disponível buscaram-se as principais referências em autores lidos no Serviço Social: Eduardo Mourão Vasconcelos (2006), Rachel Gouveia Passos (2017), Lúcia Cristina dos Santos Rosa (2006), José Augusto Bisneto (2011), Yolanda Guerra (2014) e Maria Inês Souza Bravo (2007), autores com ampla contribuição para esse trabalho.

Metodologicamente, a estruturação do artigo foi baseada num levantamento bibliográfico e na pesquisa de campo no Centro de Atenção Psicossocial para confrontar o saber conhecido sobre o tema e a percepção empírica dos profissionais participantes. Inicialmente, houve dificuldade em planejar a pesquisa de campo, devido ao contexto de pandemia Coronavírus (COVID-19). Com as mudanças nas rotinas dos profissionais, eles ficaram mais absorvidos. A pesquisadora teve dificuldades na coleta de dados, por não estar pessoalmente presente, sendo obrigada a utilizar a coleta remota pelo formulário Google Forms na Internet.

De fato, podem ocorrer empecilhos, principalmente pelo contexto histórico e político que influenciam na pesquisa. O universo da pesquisa está circunscrito a um município do Triângulo Mineiro, considerando em seu cenário o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) da cidade em que realizamos nosso estágio.

Os participantes da pesquisa foram os profissionais técnicos de referência dos programas oferecidos pela saúde mental. A equipe de técnicos de referência é composta por assistente social, enfermeiros e psicólogos. Destes citados, apenas um de cada área respondeu o questionário.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 Estruturação do SUS e do CAPS

Em 1990, foram criadas as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142⁵ regulamentando o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios das Leis são: universalidade, equidade, integralidade e participação da sociedade nesse sistema de política.

A partir de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a saúde como direito fundamental e o dever do Estado de garanti-la, também enfatizam a integralidade, a equidade, a universalidade e a participação da população usuária, de modo que a visão de atenção em saúde busca ações para além dos fatores biológicos, pois ela é compreendida numa relação com o contexto econômico, social e cultural do País, ou seja, os processos de saúde/doença abrangem situações de moradia, saneamento, renda, alimentação, educação, lazer e acesso aos bens. (NUNES; MACHADO; BELLINI, 2006, p. 3).

Mais adiante, com a criação do SUS, observa-se o cenário da promulgação da Lei n.º 10.216, em 2001, onde declara que as pessoas com transtornos mentais não sejam vítimas de qualquer categoria de descriminalização e omissão. Assim define que o atendimento de pessoas com transtornos mentais, segundo a Lei:

- I — Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II — Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a sua saúde visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III — Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV — Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V — Ter direito à presença médica, em qualquer tempo para esclarecer ou não a necessidade de sua internação involuntária;
- VI — Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII — Receber o maior número de informações sobre sua doença e tratamento;
- VIII — Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX — Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2011).

⁵ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

É importante ressaltar que antes da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (1990), o município da pesquisa não contava com o suporte e estrutura capazes de atender a população com transtornos mentais na perspectiva da reinserção social. Havia uma ILP⁶ filantrópica de particulares que por muitos anos atendeu inúmeras pessoas com os recursos que dispunha, incluindo recursos públicos e ajudas voluntárias. A Instituição faz parte da história de saúde mental da região há mais de 50 anos e desenvolve o acompanhamento com base religiosa, além de ser o mais antigo serviço de acolhimento psiquiátrico regional. Somente a partir da Reforma Sanitária o município foi conduzindo o processo de criação do CAPS II pelo SUS. Como acentua Bravo no que se refere à responsabilidade do Estado:

A reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o sistema único de saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de Saúde, articulados ao movimento popular iniciadas em meados dos anos 70, com a distensão política e que tiveram maior ampliação na década de 1980, nas conjunturas descritas como abertura política e transição à democracia. A preocupação central da proposta é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (BRAVO, 2007, p. 12).

O Centro de Atenção Psicossocial criado no final da década de 90, é um serviço de saúde disponibilizado pelo SUS de caráter aberto e comunitário, formado por uma equipe multidisciplinar e realiza atendimento para tratar pessoas de todas as faixas etárias que sofrem de transtornos mentais graves e decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Os familiares são considerados pelo CAPS como parceiros no tratamento, sendo um dos objetivos aproximar as famílias das demandas do serviço, pois, muitas vezes, os familiares são o elo mais próximo que a pessoa com transtorno mental tem no mundo e incentivar o apoio da família no acompanhamento do projeto terapêutico.

Para Ferreira et al. (2019) fortalecer e aumentar o nível de atenção à saúde mental, principalmente nos Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), passou a ser pauta das principais normatizações do Ministério da Saúde. Assim, a atenção em saúde mental baseada em serviços substitutivos, incluindo os CAPS, cria novas modalidades de atenção em saúde mental, à medida que as intervenções em saúde passam a ter o território como diretriz para sua formulação e implementação, ou seja, o território como lugares onde a vida pulsa, as relações sociais e redes dos usuários, como resultado disso, a criação dos serviços ofertados pelo SUS:

⁶ Instituição de Longa Permanência.

Quadro 1. Equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial

Pontos de Atenção	Equipamentos da Rede
Atenção Básica da Saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM)
Atenção de Urgência e Emergência	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Portas hospitalares de atenção à urgência/ prontos socorro- UBS
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial Comunidade Terapêutica
Atenção Hospitalar	Hospital Especializado em Psiquiatria Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral Hospital Dia
Estratégia de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa (PVC)
Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e Renda Cooperativas Sociais e Empreendimentos Solidários

Fonte: Adaptado de Portal da saúde - SUS (2017).

Os CAPS fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que atende pessoas com problemas psiquiátricos e reúne alguns serviços e equipamentos variados como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento e os leitos de atenção integral em hospitais gerais.

De acordo com dados levantados pelo Ministério da Saúde, até outubro de 2020, o Brasil contava com: 691 residências terapêuticas, 32.735 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, 42.000 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 144 ambulatorios, 2.657 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 66 unidades de internação (adultos, crianças e adolescentes), 1.641 leitos em hospitais gerais, 50 equipes multiprofissionais especializada em Saúde Mental (EMAESM). Com tudo, existe uma crítica a má distribuição dos serviços.

Conforme a Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002, os CAPS visam atender a população por meio do acesso ao trabalho, do lazer e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. É um serviço de saúde mental criado para substituir internações em hospitais psiquiátricos. A seguir o quadro com a estruturação dos CAPS.

Quadro 2. Estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial.

Estruturação de Atendimentos do CAPS
CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes. Podendo abranger em CAPS II.
CAPS AD: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes ⁷ . Podendo abranger em CAPS I, II, III.
CAPS III: Atendimento com até cinco vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Fonte: Elaborado pela autora.

O CAPS do município pesquisado foi pensado no início da década de 2010, no entanto, antes da inauguração, os outros serviços que atendiam cidadãos com transtornos mentais eram a ILP que nos referimos acima e a Unidade Básica de Saúde.

O processo de inauguração deste CAPS foi conduzido a partir de várias reuniões entre a Secretaria Regional de Saúde de Minas Gerais e a Secretaria de Saúde do município, ambas foram entrando em consenso da necessidade do serviço no município conforme previsto na Lei. Desta forma, o CAPS II foi habilitado pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, passando a receber os recursos orçamentários públicos previstos no SUS para prestar o serviço de saúde mental para a cidade. Hoje em dia permanece no mesmo endereço, apenas passou por reforma no final da década de 10, onde ampliou o espaço interno, construindo divisórias nas salas de atendimento, melhorando o conforto das pessoas atendidas nas escutas em relação à privacidade.

As demandas do CAPS são de origem espontânea, da promotoria pública, de instituições assistenciais, do Conselho Municipal de Assistência, das unidades de pronto atendimento (UPA), de unidades básicas de saúde (UBS), do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e dos programas de saúde da família (PSFs). O procedimento

⁷ Além do atendimento especializado em transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas, atende também todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes também. Segundo a Portaria n.º 336 de 2002. Disponível: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=838.

realizado quando o usuário chega ao CAPS II compreende quatro passos: acolhimento, avaliação psicológica, social e clínica.

Quadro 3. Frequência anual de atendimentos realizados no Município:

Ano	Número de cidadãos Atendidos
2013	03
2014	109
2015	191
2016	171
2017	181
2018	112
2019	102
2020	171
2021	149 (até junho)

Fonte: Elaborado pela autora.

Interessante notar que de 2019 para 2020 houve um salto expressivo de atendimentos provavelmente decorrentes do sofrimento provocado pela COVID-19. Em 2021, apesar do atraso na compra de vacinas, já pode-se observar um declínio depreendendo disso a diminuição de sofrimento da população com menos perdas e também por causa da limitação de atendimento da equipe decorrente do distanciamento social. Semelhantemente, entre 2014 e 2017 percebe-se crescimento da demanda, anos que coincidem com problemas gerados pela questão social em decorrência da crise econômica e social no Brasil ⁸.

Observou-se a importância do trabalho interdisciplinar no CAPS II, o qual pode-se constatar no período de estágio, o que contribuiu para a formação acadêmica da autora. Nesse sentido, para Vasconcelos, o CAPS é composto por uma equipe multidisciplinar com visão interdisciplinar:

A interdisciplinaridade é estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. (VASCONCELOS, 2006, p. 47).

⁸ A crise econômica brasileira de 2014, também conhecida como a recessão de 2015/2016 crise político-econômica ou a grande recessão brasileira, teve início em 2014 e se agravou significativamente nos anos seguintes. O produto interno bruto (PIB) do país caiu 3,5% em 2015 e 3,3% em 2016. Soma-se a crise, o golpe de estado orquestrado pelas forças conservadoras e a oligarquia rural, contado com um novo ator no processo, o judiciário; abriu-se as portas para o ultraliberalismo fascista na eleição seguinte, que suspende investimentos sociais por vinte anos.

Compõe a equipe multiprofissional do CAPS, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, farmacêuticos, assistente administrativo e monitores. Esses profissionais devem oferecer, em ambiente aberto, um meio acolhedor e uma “rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.” (BRASIL, 2004, p. 14). No ano em que o CAPS II foi habilitado, a equipe foi constituída por uma psicóloga, um psiquiatra, dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro, uma coordenadora, um monitor de oficina e um auxiliar administrativo. O Serviço Social integrou a equipe do município em 2015, coincidindo com o momento da expansão da crise da Questão Social acirrada em meados da década de vinte.

Da mesma forma, a importância do Serviço Social para a saúde mental aumentou à medida que os usuários e seus familiares se envolveram nas políticas públicas, nas ações de cidadania e ações pelos direitos expostos na Constituição Federal e nos problemas sociais do usuário e de sua família.

Para Rosa (2006) o Serviço Social conduz o trabalho na ótica do fortalecimento dos direitos sociais e do coletivo dos sujeitos, possibilitando a otimização dos serviços por meio de uma oferta integral de atenção. O conceito de saúde mental integral implica na não fragmentação dos usuários com transtorno mental apenas em seus depoimentos, mas fundamenta-se na utilização dos serviços intersetoriais por usuários e familiares no sentido de potencializar a rede como recurso de assistência à saúde. Neste sentido, a assistente social realiza mediações com as redes socioassistenciais de apoio, como o Matriciamento Familiar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) etc.

De acordo com Rocha (2021) as mudanças na política de saúde mental ocorridas desde 1970 têm se centrado mais no envolvimento dos familiares no cuidado e assistência ao usuário no tratamento, dando a todos um papel na vivência do transtorno mental. Os CAPS optam por atividades que aproximam os grupos familiares do tratamento, promovendo maior integração e compartilhamento de conhecimentos.

Em relação a participação das famílias, no município são planejadas as assembleias⁹ de grupo familiar na primeira segunda de cada mês, participam a equipe de referência, os usuários e familiares. Em razão da pandemia COVID-19, as oficinas não estão sendo realizadas, justamente por não poderem se aglomerar, pode-se observar o declínio de demanda, vide quadro 3.

⁹ Expressão utilizada pelos profissionais de referências nas entrevistas e durante o processo de trabalho no estágio.

As atividades individuais também estão suspensas. E até março de 2020 participavam com frequência 25 pessoas nas oficinas de segunda e quarta-feira. Mas, devido à pandemia Covid-19 essa atividade está sendo ofertada por telefone. Até o final desta pesquisa as oficinas com as famílias não haviam retornado.

Entre os projetos em andamento da equipe de referência do CAPS II além das reuniões mensais, foi negociado fazer a criação de oficinas com as famílias, de forma que a equipe pudesse realizar dinâmicas e informações sobre transtorno mental, porque os profissionais notaram nas reuniões que as famílias tinham dificuldade de adesão do tratamento do familiar, no entanto, devido à pandemia COVID-19 não foi possível a efetivação desse recurso.

É interessante pensar que os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial não são apenas equipamentos tradicionais de saúde mental, como CAPS e leitos hospitalares, mas também serviços, desde a atenção básica, à atenção em grupo e a desinstitucionalização com ênfase na convivência e na cultura.

Entretanto a desinstitucionalização nestes serviços não é uma tarefa fácil. Embora os estabelecimentos de saúde mental vinculados ao SUS, em suas várias expressões, procuram desenvolver trabalhos em grupos, surgem dificuldades para que as atividades possam ser implementadas. Por outro lado, ainda faltam recursos, algumas vezes, as prefeituras em função de problemas de orçamento comprometido, não repassam o percentual definido em Lei para as unidades de atendimento, o que afeta, por exemplo, projetos nos CAPS em andamento. Essa é uma observação pessoal da autora, considerando que projetos em andamento ficam prejudicados no correr do trabalho. Dessa forma a solução de continuidade afeta os resultados previstos, ou seja, os projetos precisam ser suspensos.

Bisneto, (2011, p. 191) ressalta uma crítica sobre o modelo psicossocial e a reabilitação psicossocial, em que afirma ser visado pelos estabelecimentos psiquiátricos alternativos em suas várias formas de expressão: “trabalho, os grupos, a arte, o enfoque na família, na moradia e na comunidade, a cidadania, o lazer, o corpo, a afetividade, o autocuidado, e as clássicas reabilitações por terapias e medicamentos.” Porém, fica a desejar a ressocialização, pois não é uma inclusão simples da pessoa em escolas, trabalho, família, lazer. Ainda argumenta (2011, p 192) que atualmente os estabelecimentos com serviços alternativos ou mistos tentam combinar várias práticas na reabilitação (na medida de seus recursos financeiros) por meio de “oficinas, visitas domiciliares, terapias de família, grupos de discussão, requisição de benefício, etc.”

Portanto, a reinserção não é automática, por ser um trabalho processual continuado de longa duração, é necessária uma preparação para receber o familiar com transtorno mental, com

as dificuldades que o membro em tratamento apresenta, neste sentido os profissionais dos CAPS também necessitam serem capacitados para atenderem as pessoas do serviço com cidadania. Embora lidar com saúde mental seja um trabalho complexo.

2.2 Contexto Histórico da Reforma Psiquiátrica

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1978) e o Movimento da Reforma Sanitária (1970), ambos tinham em comum a luta pela saúde pública como um direito social que deveria ser de todos os cidadãos e dever do Estado.

Segundo Amarante (2018) desde a década de 1970, ocorreram inúmeras denúncias de maus-tratos em instituições psiquiátricas do País, então houve a necessidade de uma reforma em todo o sistema de assistência à saúde mental. Fortalece então, a luta do movimento social no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira (1989) no intuito de fazer com que as pessoas com transtornos mentais pudessem ter o direito de se inserir na sociedade por meio do acompanhamento psicossocial.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), foi influenciado no Brasil pelo movimento ocorrido na Itália após a “Lei Basaglia”¹⁰ com a introdução de novos modelos de atenção à saúde mental. A Reforma Psiquiátrica brasileira surgiu com inúmeras discussões, reuniões de trabalhadores em saúde mental e a organização de congressos locais e nacionais que passaram a organizar lutas sociais para discutir a desconstrução do modelo psiquiátrico manicomial e a criação de novos benefícios para a saúde mental. (MOTA et al., 2017).

Segundo Gaino et al. (2013) seguindo propostas da Reforma Psiquiátrica brasileira, o conceito de saúde foi formalmente revisado e influenciado por experiências internacionais envolvendo políticas de saúde, como discutido principalmente na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Naquela ocasião foi sugerido que a saúde incluísse fatores como dieta, educação, trabalho, situação de moradia, renda e acesso a serviços de saúde.

Pode-se aqui ressaltar que o assistente social tem um papel importante no aspecto educativo envolvendo a família e o usuário em acompanhamento. O assistente social dá suporte ao contribuir para o cuidado dos parentes por meio do trabalho socioeducativo, promovendo a troca de informações sobre as políticas públicas de saúde mental, para que os familiares, em particular, possam sair do isolamento pessoal e social. De modo que oriente sobre eventuais

¹⁰ Dia 13 de maio de 1978: aprovação da Lei 180, que ficou conhecida como Lei Basaglia, a lei da Reforma Psiquiátrica italiana que determinou a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional.

benefícios que envolvam a educação, trabalho, situação de moradia, renda e acesso a serviços de saúde. A saúde mental deveria ser incluída nos estudos transversais no ensino médio para que, em alguma medida, os estudantes tivessem noções elementares sobre esse problema endêmico de vários países, e assim a família ficaria esclarecida no que se refere aos cuidados com os pacientes. Há ainda muito preconceito e desinformação em vários extratos sociais sobre esse problema crescente no mundo.

Logo com as mudanças da Reforma Psiquiátrica e a criação do SUS, em 2001, o dia 18 de abril passou a ser consagrado ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, também conhecido como Lei Paulo Delgado. O Movimento Antimanicomial se caracteriza pela luta e pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. O movimento vai contra a ideia de isolar as pessoas com transtornos mentais em nome do chamado tratamento, sendo totalmente baseado no preconceito de segregação imposto pelo conservadorismo da sociedade, pois é um preconceito que cerca o transtorno mental. (BRASIL, 2018).

Portanto os movimentos sociais e a Reforma Psiquiátrica influenciaram a construção Legal da Lei Federal 10.216/2001 (do deputado Paulo Delgado) e a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial que está presente nos serviços do SUS e incentiva prioritariamente o atendimento comunitário de pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas. Para os familiares serem inicialmente informados sobre os direitos e sendo esclarecidos de qualquer forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta:

A definição de saúde mental vai além das diferenças culturais e julgamentos subjetivos e influencia a forma como a "saúde mental" é entendida, sendo seu conceito mais amplo do que a ausência de transtornos mentais. Assim, definir transtorno mental também se torna complexo, já que não se trata de uma condição unitária, mas sim de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Acrescenta-se que diferentes termos são usados para as questões de saúde mental e que alguns usuários se opõem ao uso dos termos "doença mental" e "paciente mental", citando que estes amparam a dominação do modelo médico, assim como grande parte dos documentos clínicos internacionais, optando-se por empregar o termo "transtorno mental. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 27).

Percebe-se como essas patologias têm crescido e que a questão social é um provável gerador de desequilíbrio entre as famílias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde:

O termo "transtorno mental" pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual),

transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Nem todos consideram todas essas categorias como transtornos mentais; no entanto, muitas questões legislativas que pertencem a condições como a esquizofrenia e a depressão bipolar se aplicam igualmente a outras condições como retardamento mental e, conseqüentemente, prefere-se uma definição ampla. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005, p. 28).

Ressalta-se que essas patologias psíquicas aumentam os custos sociais para sociedade, porque tornam os pacientes dependentes de recursos públicos para sobrevivência, posto que, a enfermidade os inviabiliza para conduzirem sua vida autonomamente e economicamente, em boa parte dos casos.

Nesse sentido, cresce a necessidade de regulação da política pública, a portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que se refere ao funcionamento da rede de atenção da saúde mental, contém as seguintes diretrizes para dever do Estado:

- I — Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II — Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III — Combate a estigmas e preconceitos;
- IV — Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V — Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI — Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII — Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII — Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX — Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X — Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI — Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII — Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2011, p. 3).

Na visão de Almeida et al. (2011), certamente o projeto da Reforma Psiquiátrica não visa acabar com o tratamento clínico do transtorno mental, mas sim eliminar a prática da internação, entendida como isolamento social para pessoas com transtornos mentais.

Cabe destacar que o projeto da Reforma Psiquiátrica ainda está em curso em todo o País, através da substituição do modelo hospitalocêntrico, o qual, ao longo desses anos, fechou as instituições de caráter privado, pela centralidade do cuidado no território através da Atenção

Básica e da Rede de Urgência e Emergência, dentre outras redes intersetoriais. (CRUZ et al., 2019).

Para o Serviço Social qualquer ação que coíbe a liberdade fere o código de ética. Em vista disso, a profissão deve lutar contra a segregação social e por uma sociedade justa e sem manicômios. O Conselho Federal de Serviço Social forma a defesa com os movimentos da área de saúde mental e convoca todos os assistentes sociais e à população a se juntarem à defesa da política de saúde mental, visando continuar a construir medidas para resistir e combater essas abordagens de tratar a saúde mental como uma alternativa para controlar e isolar a população com transtorno mental.

A política de saúde mental brasileira atualmente apresenta a importância de uma mudança de paradigma em saúde mental conforme a necessidade, considerando todas as mudanças sociais, históricas e políticas. No estudo de Santin (2011):

A sociedade está sendo convidada a refletir e a reconstruir os (pré) conceitos diante da doença mental. Nesse contexto, existem grandes modificações como a participação dos familiares no tratamento, quando discutem, trocam informações com a equipe e com outros familiares e participam/organizam encontros para discutir temas de saúde mental. A nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial. (SANTIN, 2011, p. 148).

O Movimento Antimanicomial¹¹, em conjunto com as propostas da Reforma Psiquiátrica, abriu um campo para mudanças na Legislação, nos saberes que sustentam as práticas, na organização dos equipamentos e nos espaços de diálogo com a sociedade. Como bem ressalta Bisneto sobre o envolvimento dos movimentos sociais:

Os problemas em saúde mental são complexos e exigem a articulação de vários saberes. Mas, como há um nível social na interdisciplinaridade, sua construção vai além dos limites do estabelecimento de trabalho dos profissionais, requisitando transformações no próprio objeto institucional

¹¹ Embora o tema do movimento seja o fim dos manicômios, esse movimento social apresenta também a questão da esfera da discussão acerca dos Direitos Humanos, ou seja, além de atuar para a implementação e força de uma Reforma Psiquiátrica no Brasil, os integrantes de tal movimento passam a discuti-la como uma forma de garantir os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais também.

"saúde mental" que envolve movimentos sociais da ordem da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. (BISNETO, 2011, p. 200).

No ano de 2021, completou-se 21 anos da Luta Antimanicomial, que atualmente, vem sendo comemorado por movimentos sociais, familiares, usuários dos serviços psicossociais, trabalhadores da saúde, profissionais das áreas de ciências humanas e sociais, todos esses profissionais que podem atuar em áreas da saúde mental, como estudantes de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social.

2.3 A família e o cuidado em saúde mental

Para o Serviço Social a defesa da liberdade como valor ético central, as políticas inerentes, autonomia, emancipação e o pleno desenvolvimento do indivíduo social são princípios que norteiam a atuação profissional da categoria, o que cabe perfeitamente na garantia dos direitos dos usuários do CAPS. O Serviço Social, por vezes, atua com a família do usuário com transtorno mental em busca de compreender suas questões sociais e com o intuito de orientar a família que apresenta as demandas que a profissão possa intervir no que se refere ao acesso das políticas públicas que dão suporte ao tratamento, realizando encaminhamentos para redes socioassistenciais.

A família em princípio é a referência antropológica e sociológica do indivíduo, e se incumbe de relativa proteção, da socialização do indivíduo através de reproduções culturais que influenciam na formação de hábitos e na manutenção do convívio, sendo assim um lugar de afeto e solidariedade, ou de enormes conflitos. Os conceitos de família mudam conforme o modo de sociedade, tempo e sua estrutura social, visto que é influenciada por eventos sociais. (CARNUT; FAQUIM, 2014).

O Serviço Social colabora no processo buscando a articulação entre a disponibilidade das famílias para participar dos eventos em que são convidadas a comparecer no CAPS. O assistente social entre os seus instrumentos se vale da escuta dialógica para identificar quais as situações que as famílias vivenciam para serem reunidas entre os elementos conjunturais na formação de estratégias para lidar com o transtorno mental. Daí pode-se perceber o quanto as famílias e os usuários estão sofrendo pelos efeitos da Questão Social. No âmbito da saúde mental, o exercício da prática do cuidado no âmbito familiar requer “[...] disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar

com frustrações, sentimento de impotência e culpa, ou seja, com as próprias emoções.” (BRASIL, 2013, p. 64).

Recuperando o pensamento de Teixeira (2013) a família é um membro ativo, envolvida no tratamento e no cuidado, e passa a ser vista como importante aliada no cuidado de um familiar com transtornos mentais. A compreensão e a aceitação do transtorno mental pela família são de fundamental importância na recuperação.

Em relação às funções da família, essas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo, e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o lócus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. (TEIXEIRA, 2013, p. 26).

Sem dúvida a família é um grupo que, fortemente, pode favorecer a saúde e o acompanhamento do familiar em tratamento, mas, apenas quando ela consegue constituir-se como um espaço de cuidado, em que possibilita que seus membros desenvolvam o sentido de autonomia e estabeleçam vínculos que respondam positivamente às suas demandas, embora esta não seja uma tarefa que consiga realizar de forma automática. Na visão de Rotoli e Silva (2020), para desempenhar esse papel, a família precisa estar acolhida em inúmeras estruturas de apoio para conseguir responder às especificidades dos cuidados alinhados ao transtorno mental.

De fato, as dificuldades que as famílias enfrentam em relação à realidade do transtorno mental são notadas por problemas de tempo (usuário-família-sociedade), onde manifestam sentimento de culpa, por vezes, a família não entende onde “errou”, o porquê dos sintomas, algumas sentem inseguras com dificuldades de comunicação e interação com as próprias emoções. A não compreensão do familiar com transtornos mentais contribui para o desenvolvimento de tensões no seio familiar, com isso modificando a rotina diária de todos os envolvidos.

No estudo de Rosa (2006) e Pires et al. (2020) muitas vezes, o familiar responsável concentra seu empenho e tempo no cuidado à pessoa com transtorno mental, o que pode acarretar mudanças de vida, como dificuldades no trabalho e limitação do tempo livre, entretanto, não podemos esquecer que nem sempre essa família consegue ser aliada nesse

processo. Para que a rede de atenção psicossocial possa realizar estratégias no território incluindo a família como integrante do cenário, demandam esforços expressivos.

No CAPS II, o envolvimento dos familiares é realizado através de reuniões que ocorrem semanalmente com a equipe multidisciplinar. Em discussão nas reuniões da equipe, notou-se como fica difícil adesão dos familiares dos usuários acompanhados, porque: 1) os horários das reuniões nem sempre são compatíveis com os horários disponíveis dos membros da família, 2) desinteresse em participar no tratamento do familiar, 3) algumas famílias deixam os cuidados apenas para o CAPS e 4) localização do serviço sendo de difícil acesso para algumas famílias.

Logo que, em diversos estudos, constata-se a família sendo parceira fundamental no acompanhamento da equipe técnica ao usuário, a grande ausência de familiares nas reuniões, é de se lamentar. Mediante isso, o objetivo da equipe de referência é incentivar a participação das famílias no CAPS e conscientizá-las de sua importância para o tratamento do familiar com transtorno mental.

Outros problemas enfrentados, segundo Prates e Wiese (2017) os familiares quando se deparam com a situação de cuidador, têm em suas vidas diversas mudanças, tendo que adaptar suas rotinas e estilo de vida, pois agora precisam garantir necessidades básicas do familiar, apesar de haver alguns com benefícios socioassistenciais garantidos (BPC). Como, por exemplo, administrar os medicamentos, acompanhar o familiar aos serviços de saúde, consultas etc. Além de aprender a lidar com o comportamento muitas vezes problemático do familiar, manejar seus episódios de crise, fornecer suporte social, arcar com gastos, superar as dificuldades que essas tarefas possam lhe trazer, assim como o impacto por elas causado em sua vida social e profissional.

É notório que muitas famílias se sintam despreparadas para cuidar de seus entes queridos e poucas relatam sobre os sintomas e mudanças de comportamento de usuários em sofrimento. Essa falta de preparação dificulta o tratamento e aumenta a sensação de incapacidade de agir e desamparo, de modo que, a necessidade de ajuda e o acesso aos serviços se tornam invisíveis para o apoio familiar ser melhorado.

Nisiide e Silva (2020) afirmam que a família ao assumir um papel de protagonismo torna-se também um mecanismo político de engajamento na busca pela garantia dos direitos e isso deve ser incentivado pelos serviços e pela rede de atenção. Nesse sentido, as famílias e profissionais de saúde desenvolveram papéis colaborativos para acompanhar pessoas com transtornos mentais e prestar atendimento quando necessário. Esse cuidado é caracterizado pelo

apoio nas atividades cotidianas: autocuidado, trabalho, lazer e atividades sociais na família e na comunidade.

No entanto, cabe ressaltar que a equipe de saúde mental não poderá substituir o papel da família no contexto de lar, visto que, o conhecimento do transtorno precisa ser compreendido pela família, ela necessita buscar o interesse em saber de fato o que o familiar sente, quais são as queixas relatadas para os profissionais. Desta forma, a família precisa desenvolver a paciência e a compressão com o familiar, que muitas das vezes, nem mesmo sabe do que se trata seu transtorno.

2.4 O atendimento interdisciplinar com as famílias

Conforme os objetivos e princípios do CAPS, todos os atendimentos, inclusive nos grupos familiares, devem ser norteados por Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)¹². O Ministério da Saúde (2009) afirma que o recurso do projeto, contém quatro elementos distintos: diagnóstico orgânico, psicológico e social; definição de metas de curto, médio e longo prazo; compartilhamento e reavaliação de tarefas e que a conexão entre equipe de referência, usuário e família é um dos aspectos mais importantes no desenvolvimento do PTS.

O Projeto Terapêutico Singular, busca a singularidade como elemento central de articulação, fato que deve ser definitivamente considerado, visto que as ações são baseadas no respectivo caso individual ou coletivo. As pessoas têm que ser incluídas nas decisões, afinal, todos têm um grande poder de mudar sua relação com a vida e com o próprio transtorno. Deste modo, a equipe precisa se aproximar, informar e planejar para o aprimoramento. (MÂNGIA; OLIVEIRA, 2009).

Como é tratado pelas autoras Mângia e Oliveira (2009) a proposta da expressão dos “técnicos de referência (TR)¹³” foi instituída a partir do ideal de que um ou mais profissionais do serviço devem se aproximar de maneira diferenciada dos usuários para acompanhá-los em seus projetos terapêuticos singulares. Os “técnicos”, geralmente, são profissionais de nível

¹² O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um instrumento criado pela Política de Saúde dos CAPS, com a finalidade da equipe de referência criar propostas coletivas, relatórios, questionamentos, reflexões e ações pertinentes aos usuários acompanhados pelo serviço. Em resumo o PTS é construído, tendo sempre em consideração a interdisciplinaridade e a participação (escolha, desejo, autonomia) de quem será o usuário ativo deste projeto.

¹³ A partir do diagnóstico que tenha que ser feito por meio do Projeto Terapêutico Singular, encontra-se a necessidade em conduzir profissionais da área da saúde para construir tal, diante disso, surgem os Técnicos de Referência inscritos na Política de Saúde dos CAPS.

superior, com mais proximidade e diálogo com o usuário. Isso envolve, também, os contatos com familiares, a comunicação com a equipe da atenção básica e a reavaliação periódica do PTS.

Deste modo o técnico de referência é a pessoa responsável pelo acompanhamento do usuário, do Projeto Terapêutico Singular, do contato com a família e da avaliação dos objetivos traçados no projeto. Os técnicos de referência são profissionais de áreas distintas trabalhando em conjunto com o mesmo objetivo, através de troca de informações entre si por meio da interdisciplinaridade.

A proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está, de modo implícito, reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto, e dessa forma, não pode prescindir da especialização. (VASCONCELOS, 2006, p. 50).

É, portanto, imprescindível que a equipe multiprofissional (técnicos de referência), dominem o processo de cuidado não apenas desenvolvendo tarefas limitadas, burocráticas e rotineiras, mas sendo um profissional que prioriza o contexto humano, político e social além de desconstruir o pensamento de uma cultura manicomial do CAPS, no âmbito de seu trabalho.

No equipamento psicossocial onde a pesquisa se desenvolveu, os técnicos de referência (assistente social, enfermeiro e psicóloga) têm a responsabilidade de monitorar junto aos usuários e seus familiares o planejamento do Projeto Terapêutico Singular, redefinindo as atividades e frequência de participação nos serviços e orientando o cidadão sob assistência como explorar novas possibilidades e recursos disponíveis em sua rede de vivência para que assim possa promover a reinserção social.

A assistente social, como técnico de referência, trabalha no atendimento direto aos usuários em que predominam as ações socioassistenciais. Um dos desafios da assistente social é esse desvendamento, no sentido de obtenção de benefícios disponíveis na rede, direto ou via assistência material que permita ao usuário uma melhor integração ao atendimento de saúde ou a sua vida social. (BISNETO, 2011).

Como resultado desse desvendamento a assistente social, utiliza os instrumentais como a visita domiciliar, encaminhamentos para inclusão em benefícios socioassistenciais, principalmente o acolhimento e a escuta para ver as possibilidades de inclusão em recursos públicos disponíveis, estratégias fundamentais para o engajamento das famílias nos serviços. Essas intervenções fortalecem alternativas que contribuem para saúde mental, criam vínculos

que permitem ao núcleo familiar conseguir uma nova organização, e facilitam o processo de reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização seguindo as propostas da Reforma Psiquiátrica.

No CAPS II o Serviço Social atua com indicadores de vulnerabilidade social das famílias para analisar a situação da família, identificar os recursos usados na rede familiar, além de identificar os fatores de proteção e risco. Ou seja, 1) analisar a dinâmica familiar, como são as relações sociais, 2) quem produz a renda a família, 3) quem se encontra mais próximo ao usuário, 4) como acessar os medicamentos e seus custos, 5) que posição ocupa a pessoa com transtorno mental na família e 6) se a família já recebe benefícios sociais.

Bisneto complementa:

O que o Serviço Social vai ser solicitado a transformar, geralmente junto a equipes multiprofissionais, são condições sociais particulares dos usuários que, como causa, efeito ou constituição do transtorno mental, se apresentam como direitos sociais perdidos, recursos econômicos reduzidos, relações sociais empobrecidas, vínculos relacionais estereotipados, situações de alienação social. Nessas condições a assistência psiquiátrica renovada visa a reabilitação psicossocial, procurando melhorar a qualidade de vida de seus usuários, dar condições para que eles levem uma vida não tão prejudicada pelos seus próprios sintomas ou transtornos, em todos os aspectos, tanto biológicos quanto psicológicos e sociais. Daí a necessidade do trabalho multiprofissional. (BISNETO, 2011, p. 128).

Além da assistente social, o enfermeiro também cumpre papel de destaque nas ações propostas pela Política de Saúde Mental inseridas na Rede de Atenção Psicossocial. Autores Tavares (2016) e Carrara (2015) pontuam:

Ressalta-se que o envolvimento do enfermeiro como membro ativo e efetivo de uma equipe multiprofissional evidencia a necessidade de ampliar seus horizontes sobre o sujeito e, conseqüentemente, sobre o transtorno mental, indicando uma participação mais efetiva em uma equipe multiprofissional. Essas proposições são pertinentes para preparar o enfermeiro para essa realidade vivenciada, abstendo-se da excessiva atenção médica e adotando uma postura terapêutica numa perspectiva mais humanística e de autonomia profissional. (TAVARES et al., 2016).

Diante das mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro no CAPS torna-se mais humanizado, no sentido de oferecer suporte como escuta, acompanhamento de casos e discussão com a equipe, não somente com orientação na parte dos medicamentos, o enfermeiro

precisa pensar muito além da medicação, refletir sobre como o usuário pode reinserir na sociedade lidando com o transtorno mental.

Carrara (2015) afirma que o papel atual do enfermeiro como técnico de referência indica um compromisso com a qualidade de vida de uma pessoa em sofrimento psíquico. No que se refere à importância da humanização no campo da saúde mental, é permitido que o sujeito volte à subjetividade, ou seja, uma mudança de um olhar clínico para um olhar mais compreensivo, único, e pessoal com uma escuta qualificada entre enfermeiro-paciente.

Para Assenheimer e Pegoraro (2019), os psicólogos se deparam com a possibilidade de construir uma crítica ao discurso biomédico e à perspectiva reducionista sobre a vivência da loucura, que o sujeito vê apenas como um corpo doente a ser contido (em hospitais psiquiátricos) e medicamentos tratados. O desafio se apresenta como uma necessidade de reconhecimento da dimensão cultural e histórica que perpassa a existência desses sujeitos e configura suas subjetividades.

Desta forma a psicóloga como técnico de referência precisa estar fortemente ligada à prática clínica individual no tratamento dos processos de transtornos mentais e precisa dar espaço a uma medida de reabilitação psicossocial inovadora e multidisciplinar que se relacione com o poder de saúde de cada pessoa, conforme as mudanças da saúde pública. No CAPS II, a psicóloga trabalha nos processos intrapessoais das relações interpessoais para compreender os comportamentos dos usuários e das famílias. A possibilidade da psicóloga e a assistente social estarem integradas no trabalho, fortalece a qualidade do atendimento ao usuário e à família.

Discute-se como, muitas vezes, na visão de profissionais em saúde mental, os usuários assumem o lugar cristalizado do sintoma familiar, de modo que, para que o ambiente familiar se torne um espaço de agravamento de seu sofrimento psíquico. O que torna um desafio da equipe de saúde em lidar com os problemas de sofrimento do usuário quando seu ambiente familiar também está doente. (FERREIRA et al., 2019).

Quando se trata em dizer que o ambiente familiar também adoce, em suma, como exemplo, alguns familiares tratam a loucura como "absurdo" e com estereótipos vulgares. Alguns até querem "consertar o problema da pessoa". Transtornos como a depressão, é comum os familiares afirmarem sobre os usuários: "olha pelo lado positivo" ou "Sugeri que ele procurasse um caminho para continuar, mas ele não quer", "não está ajudando a si mesmo", "ele precisa de Deus" e muitas outras falas de senso comum.

Percebemos ser difícil para um membro da família não treinado entender que a depressão afeta as vontades das pessoas e não é um resultado de má vontade. O usuário com

depressão severa, ouvindo essa categoria de representação por parte da família, pode vir adoecer mais com essa postura advinda da sua família.

O modelo psicossocial que enfoca o território da vida humana exige que os profissionais inovem e atuem com capacidade de criar, dialogar e interagir com o saber público e familiar, e praticar o diálogo entre o saber científico e o popular. A inovação tecnológica em saúde mental confirma o cuidado psicossocial e restaurador com práticas que respeitam a individualidade e a singularidade do indivíduo. (BOSI et al., 2012).

Os autores enfatizam o modelo psicossocial teórico, que induzem a pensar que as técnicas conseguissem resolver o problema do transtorno mental, simplesmente por serem aplicadas. Atualmente, existem vários fatores intervindo no tratamento de pessoas com transtornos mentais. Além disso, não é simplesmente a utilização de técnicas, existe todo um contexto para ser observado, muitas vezes, as técnicas não são eficazes, como já mencionado, algumas práticas são planejadas, mas com a falta de presença do Estado em investir na saúde mental (naquilo que se refere aos recursos humanos), sobrevém um conjunto de problemas numa conjuntura sem ajuda do Estado.

3 METODOS DA PESQUISA

3.1 Procedimentos metodológicos e cenário de pesquisa

O cenário da pesquisa se deu em meio a pandemia COVID-19 para conhecer a participação da família no acompanhamento do familiar pela equipe do CAPS II, foi realizado o contato com cada participante da equipe de referência por meio do WhatsApp e E-mail institucional. Tendo como instrumento de coleta de dados uma entrevista estruturada com perguntas abertas, cuja aplicação ocorreu individualmente, previamente enviada através do Formulário Google-Forms.

A pesquisa bibliográfica recuperou artigos “online” sobre a temática da família e do usuário, nas bases de dados Scielo e Google Acadêmico, no período de janeiro a outubro de 2021, utilizando-se os descritores: saúde mental, a família, transtorno mental, equipe de referência, CAPS. As perguntas foram enviadas para o endereço eletrônico de cada participante, mas de modo a assegurar o sigilo e o anonimato das informações definido por meio do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG aprovou o projeto sob o parecer número 4.620.120 (CAAE 44347720.9.0000.5152).

A metodologia de coleta ficou assim definida:

1. Após aprovação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) o TCLE foi enviado a proposta de pesquisa e o questionário aos participantes da equipe de referência, profissionais da saúde por meio eletrônico (e-mail institucional), assim, respeitando o distanciamento social. A pesquisadora combinou horário pelo celular com os participantes para esclarecer possíveis dúvidas do TCLE e das perguntas, caso houvesse.
2. O participante foi contatado por telefone institucional, lido e esclarecido o TCLE, assinado por nós pesquisadores e na sequência, o participante assinou duas vias. Uma, assinada pelos pesquisadores, ficou ao poder do participante, a outra via assinada, com o participante.
3. Aguardou-se o participante responder as questões com tempo livre pelo Google-Forms. Considerando o período de isolamento social.

4. É importante ressaltar que o participante da pesquisa teve o direito de se recusar a assinar o TCLE e não participar da pesquisa em qualquer estágio de desenvolvimento. Conforme o item IV da Resolução CNS 466/2012 e o Cap. III da Resolução CNS 510/2016.
5. A pesquisa foi enviada por um questionário “online”, remotamente, em data previamente agendada via celular pela assistente de pesquisa. A coleta de dados primários foi realizada no período livre de disponibilidade de cada profissional. O formulário foi composto de cinco perguntas.

A análise de dados foi feita a partir das respostas dos participantes da pesquisa, buscando conhecer a importância da participação da família no acompanhamento dos seus membros. Os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios e não foi revelado a identificação do CAPS II em que trabalham.

Como critérios de inclusão definiram-se os profissionais que são os técnicos de referência de saúde mental: uma assistente social, uma psicóloga, sorteada, entre as quatro que compõem a equipe e um enfermeiro. O critério de exclusão foi definido como os demais profissionais multiprofissionais do CAPS II que não são técnicos de referência.

As perguntas de pesquisa objetivavam saber qual a percepção da equipe de referência sobre o papel da família entre os usuários com transtorno do CAPS II.

1. Na visão da equipe, o que os usuários entendem de família?
2. Quais as intervenções são utilizadas pelos profissionais no atendimento com as famílias?
3. Qual a percepção do profissional em relação à presença da família no tratamento do usuário? (aspectos positivos e negativos).
4. Quais os programas desenvolvidos pela equipe interdisciplinar, necessitam da participação da família?
5. Como a equipe de referência desenvolve seu trabalho com as famílias nos programas oferecidos pelo CAPS II?

3.2 Análise dos dados e os depoimentos profissionais

A construção do questionário se deu de modo a buscar entre os participantes (equipe de referência) a percepção sobre o papel da família no tratamento do familiar.

Inicialmente pretendeu-se saber qual o significado da família para os usuários, na visão de cada profissional da equipe de referência.

Seguem as falas dos profissionais:¹⁴

O profissional da Enfermagem, vê que a família representa um suporte para o familiar atravessar as suas dificuldades com a doença mental.

“Família é lugar onde pacientes com transtornos mentais buscam suporte para lidar com a doença com cuidado e compreensão” (informação verbal)¹⁵.

Para a profissional da Psicologia a família é fundamental no processo para garantir o suporte no apoio da equipe durante o atendimento em face do convívio que muito coopera para consolidar o tratamento de onde se depreende que para o psicólogo, a família é reconhecida pelo usuário como o lugar de apoio.

A família é considerada parte fundamental do processo, entendendo que, mesmo que a equipe de saúde execute o cuidado de forma satisfatória, a face familiar se configura como parte essencial da consolidação do tratamento, devido realizar suporte e conduta por conta de maior convívio. (informação verbal)¹⁶.

O Serviço Social destaca que a família pode ser o lugar de proteção, porque para o usuário a família cumpre o papel de buscar no atendimento os recursos disponíveis para o seu familiar. O que não quer dizer que para todos os usuários essa representação seja homogênea.

“Percebo que em sua maioria a família é o ponto principal para eles buscarem o tratamento, ela acabou sendo o lugar de proteção para alguns pacientes em sofrimento” (informação verbal)¹⁷

Durante o processo de atendimento do usuário são realizadas estratégias com especificidades de cada área, na saúde mental para o atendimento com as famílias. Nesse sentido, pretendeu-se conhecer o que essas intervenções usadas pelos profissionais trazem na proposta que delas depreende.

¹⁴ Os nomes dos participantes da pesquisa foram modificados para nomes que homenageiam a Luta Antimanicomial.

¹⁵ Carrano, enfermeiro da equipe de referência CAPS-ad II, em 28/08/2021.

¹⁶ Daniela, psicóloga da equipe de referência CAPS-ad II, em 21/08/2021.

¹⁷ Ivone, assistente social da equipe de referência CAPS-ad II em 30/08/2021.

Para o profissional da Enfermagem observa-se bem nitidamente a preocupação com os procedimentos que envolvem o ministrar de medicações alopáticas, e que de certa forma faz uma sintonia com a especificidade desse profissional. No entanto, já se observa a influência da convivência interdisciplinar quando ele menciona as reuniões coletivas e a participação da família no processo.

“Auxílio na medicação, escuta, reuniões e orientação para família” (informação verbal)
18.

Para a profissional da Psicologia, as estratégias são decididas por assembleias e reuniões familiares. Em razão da pandemia do (COVID-19), as oficinas não estão sendo realizadas, justamente por não poderem se aglomerar, assim, a reunião está sendo feita por telefone.

“São realizadas reuniões familiares e assembleias, onde são discutidas questões em comum. Devido momento pandêmico, essas atividades sofreram alterações, tendo o contato telefônico como recurso substitutivo” (informação verbal)¹⁹.

Os instrumentais da assistente social são o acolhimento com o usuário, o processo de escuta da pessoa com o transtorno. Isso, em conjunto com outro procedimento, a visita domiciliar, depreendendo desses instrumentais a necessidade de uma relação próxima com as famílias inseridas no contexto social da questão social e suas expressões. Entende-se que embora não seja citado no depoimento, o encaminhamento é também uma parte do instrumental de atendimento.

“Escuta, visita domiciliar, acolhimento” (informação verbal)²⁰.

Indagou-se aos profissionais qual a percepção do profissional em relação à presença do familiar no processo de acompanhamento e quais são os aspectos positivos e negativos. Seguem as falas dos profissionais:

Como ponto positivo, a assistente social percebe que a escuta em relação ao cotidiano vivido ajuda a entender a dor do familiar, observando que a família da pessoa com transtorno

¹⁸ Carrano, enfermeiro da equipe de referência CAPS-ad II, em 28/08/2021.

¹⁹ Daniela, psicóloga da equipe de referência CAPS-ad II, em 21/08/2021.

²⁰ Ivone, assistente social da equipe de referência CAPS-ad II em 30/08/2021.

mental sofre também junto a ele. A profissional recorda que na família também há espaço para hierarquia e opressão de gênero, quando aborda o desconforto de mulheres vítimas de violência serem acompanhadas pelo marido, mesmo ele não estando presente na escuta. Daí depreende uma complexa situação que envolve vários aspectos que podem interferir no atendimento qualificado, cabendo a equipe a crítica para não acentuar os problemas da usuária.

A assistente social por meio da escuta, ajuda a família a aliviar os sentimentos de culpa, tristeza e desesperança diante das crises e dificuldades da vida diária com o familiar, e deixa que esses sentimentos sejam expressos pela família. Inclusive, o Serviço Social utiliza intervenções e ações próprias do processo de trabalho da equipe para realizar encaminhamentos que proporcionem suporte emocional aos familiares em situação angustiante.

Positivos - auxilia no processo de escuta para entender melhor a dor do paciente. - Facilita a comunicação e tratamento caso haja pensando de morte ou tentativa.

Negativos - quando a mulher é vítima de violência doméstica e o companheiro a acompanha percebo alguns desconfortos - mesmo o parceiro não entrando na escuta. - Quando o paciente tem ideação suicida e temos que comunicar a família alguns também ficam em bastante sofrimento. (informação verbal)²¹.

Para o enfermeiro algumas famílias colaboram no atendimento da equipe, gerando diálogo e respeito. Mas o profissional observa demandas negativas no acompanhamento, entre elas: a falta de aceitação do familiar e o desconhecimento do transtorno mental.

“Algumas famílias colaboram no acompanhamento do seu familiar, favorecendo no diálogo e no respeito com a equipe. Mas ainda falta aceitação, informação do transtorno mental” (informação verbal)²².

Tendo em conta que família pressupõe ser o suporte para observação e cuidado do usuário. A psicóloga vê que a família faz parte importante do processo de atendimento, pois esse CAPS II não funciona 24 horas, diferente de outras modalidades de CAPS. Como ponto negativo, a profissional concorda com o profissional de Enfermagem no que diz respeito à falta de informação do transtorno mental para família, mesmo sendo orientados, e ainda complementa que as famílias acompanhadas pelo serviço carecem do suporte financeiro devido para o tratamento.

²¹ Ivone, assistente social da equipe de referência CAPS II em 30/08/2021.

²² Carrano, enfermeiro da equipe de referência CAPS II, em 28/08/2021.

Como recurso positivo percebo que a família se faz parte fundamental do processo, tendo em vista que é ela quem traz suporte e cuidado nas situações extra caps, tendo em vista que o serviço não possui funcionalidade permanente 24h/dia. Dessa maneira, a família tem destaque na responsabilidade, manejo, vigilância e afeto. Pensando em questões negativas, muitas vezes esse cuidado anteriormente citado se torna escasso ou inadequado na vida cotidiana, uma vez que essas famílias não oferecem o suporte devido falta de recurso/estrutura, preconceito e/ou ausência de informação, tornando o cuidado defasado. (informação verbal)²³.

Buscando identificar quais os programas desenvolvidos pela equipe interdisciplinar que necessitam da participação da família. Seguem as falas dos profissionais:

A assistente social quando perguntada sobre os programas que necessitam da participação da família ressaltou o fracionamento de medicamentos que se faz acompanhado pelos três técnicos de referência responsáveis pela proposta terapêutica prevista pela equipe. O acolhimento diurno é um programa que a família participa durante a carga horária da assistente social. Mas devido o atendimento não ser integral a preocupação com esse serviço, advém dos períodos sem a orientação técnica, que fica a cargo das famílias.

As famílias participam de grupos de apoio com base em uma agenda de temas preparada pela equipe. Embora o fracionamento seja um trabalho do enfermeiro, do psiquiatra e/ou do farmacêutico; a assistente social, a psicóloga e o enfermeiro, cuidam de seu grupo de pacientes, os quais são acompanhados durante o tratamento. Assim, se colhe a receita da medicação tão logo se fizer necessário. Essa é uma prática da equipe. O fracionamento não é um programa do CAPS, mas uma ação da equipe. As reuniões com as famílias fazem parte de programas de atendimento previstos na Política de Saúde Mental.

“Fracionamento de medicação, acolhimento diurno, grupos de apoio.” (informação verbal)²⁴.

Os programas ofertados que necessitam da família, para o enfermeiro envolve a discussão do projeto terapêutico singular, que de fato, precisa de toda a equipe para decidir, as reuniões também envolvem os familiares e os atendimentos em grupos.

²³ Daniela, psicóloga da equipe de referência CAPS II, em 21/08/2021.

²⁴ Ivone, assistente social da equipe de referência CAPS II em 30/08/2021.

“O PTS, as reuniões familiares, o atendimento grupal e individual.” (informação verbal)²⁵.

Conforme observado ao longo da pesquisa, existem atribuições distintas entre os membros e competências disciplinares específicas e comuns, o que confirma no relato da psicóloga, em que as competências institucionais do CAPS podem ser desempenhadas por toda a equipe multidisciplinar.

São realizadas reuniões familiares e assembleias onde são discutidas questões em comum, tanto questões burocráticas do serviço, como desafios singulares de cada paciente. Como o caps conta com equipe multi, esse trabalho não precisa ser necessariamente desenvolvido pelo psicólogo, mas sim por toda equipe de saúde. (informação verbal)²⁶.

Quando perguntados, como a equipe desenvolve seu atendimento com as famílias nos programas oferecidos, seguem as falas dos profissionais:

Para a assistente social, o vínculo entre os profissionais de saúde mental e a família é visto como fundamental para que as ações da equipe tenham impacto positivo na saúde dos usuários. Essa relação de confiança se fortalece ouvindo, recebendo e garantindo a participação da família na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), valorizando a família como participante ativo do tratamento. Percebe-se que para o Assistente social o PTS é um recurso muito significativo no processo de desenvolver o trabalho com as famílias, reforçam mais uma vez que a família tem um papel singular no atendimento. Nota-se que a assistente social foca nas mesmas falas dos demais da equipe, provavelmente por ser o PTS um eixo de atendimento. Mas a relação com a rede não aparece na fala dela e, no entanto, é fundamental para o atendimento qualificado.

“Ofertando suporte a família para que eles se sintam confortáveis com o modelo de PTS proposto ao paciente.” (informação verbal)²⁷.

Para o enfermeiro a reunião semanal com a equipe possibilita o conhecimento e o desenvolvimento de tomadas de decisões. O projeto terapêutico singular é uma série de propostas de abordagens terapêuticas que emergem da discussão da equipe em prol do melhor

²⁵ Carrano, enfermeiro da equipe de referência CAPS II, em 28/08/2021.

²⁶ Daniela, psicóloga da equipe de referência CAPS II, em 21/08/2021.

²⁷ Ivone, assistente social da equipe de referência CAPS II em 30/08/2021.

conforto entre a família. Novamente é reforçado pelo enfermeiro que o PTS no trabalho com as famílias favorece desenvolver o seu trabalho.

“Reunião semanal para discutir o trabalho da equipe; desenvolve por meio do PTS o diálogo entre paciente, família e equipe, no processo de tomada de decisão no nível em que os mesmos se sintam confortáveis com isso” (informação verbal)²⁸.

A psicóloga percebe que a equipe desenvolve o trabalho com as famílias por estratégias de diálogos, contextualizando a realidade atual, reconhece que as famílias possuem problemas, notando haver desafios para desenvolver o trabalho com elas. Para a psicóloga, o trabalho através do diálogo é a forma que ela pode desenvolver o atendimento dos usuários e sua família.

São realizados diálogos em comum entre família, paciente e equipe CAPS, onde a partir dos mesmos, são criadas estratégias singulares do pts, entendendo que cada paciente e suas respectivas famílias possuem desafios e enfrentamentos muito particulares. (informação verbal)²⁹.

²⁸ Carrano, enfermeiro da equipe de referência CAPS II, em 28/08/2021.

²⁹ Daniela, psicóloga da equipe de referência CAPS II, em 21/08/2021.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Percebeu-se que tanto o enfermeiro quanto a psicóloga mencionam que o usuário entende a família como um suporte e apoio para lidar com a sua saúde. Para a assistente social ficou claro que apenas alguns usuários percebem que sua família é um lugar de proteção, contudo, concordam que a família é o primeiro ponto para eles buscarem tratamento.

Para verificar quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de referência, observou-se que a psicóloga e o enfermeiro desenvolvem estratégias para o acompanhamento da família através dos instrumentais das reuniões conjuntas com os familiares. Para a assistente social os instrumentais que mais são usados na intervenção profissional é o acolhimento e o processo de escuta da família. Isso, em conjunto com outro procedimento, a visita domiciliar, depreendendo desses instrumentais a necessidade de uma relação próxima com as famílias inseridas no contexto social da questão social e suas expressões. Sentiu-se falta de mencionar presença da rede na fala, devido a sua importância.

Como observado no Estágio, nos momentos de supervisão, foi possível identificar em alguns casos, como positivo, a presença do familiar no suporte para casos extremos destacando as tentativas de suicídio, em que, a família busca orientação, de como agir, antes, durante e depois de uma crise. Na fala da assistente social percebe-se que a escuta em relação ao cotidiano vivido ajuda a entender a dor do familiar, observando que a família do usuário com transtorno mental sofre também junto a ele. A psicóloga ressalta a importância de a família estar preparada e orientada em momentos em que o CAPS se encontra fechado. Ressaltando que o papel da família nestes casos é indispensável.

Na análise das falas do enfermeiro e da psicóloga, ressalta-se que embora haja um reconhecimento do papel fundamental dos familiares, ambos afirmam que a família possui pontos negativos para o tratamento. O cuidado familiar muitas vezes é escasso ou inadequado no cotidiano, pois as famílias não oferecem os recursos econômicos e as necessidades emocionais para dar suporte ao usuário, por exemplo, com o custo alto dos medicamentos necessários para o tratamento.

Preconceitos com as diferenças existentes na família e falta de informação sobre agir mediante crise, também se tornam um desafio para desenvolver o trabalho com elas. A assistente social confirma como ponto negativo, que a família também adocece quando o familiar vivencia uma ideação suicida e qual relata que comunicar a família sobre essa questão faz com que ela também fique em bastante sofrimento.

Observou-se que em relação à especificidade de cada profissional, os programas ofertados no equipamento psicossocial conservam uma característica interdisciplinar para atingirem os objetivos de tratamento, sendo isso importante fator de unidade nas condutas com o usuário, pois essa coerência é importante para dar a família uma segurança nas condutas de atendimento.

Ressalta-se a importância dada ao fracionamento de medicamentos, sendo uma ação que necessita da participação da família, tendo como objetivo de facilitar nos custos dos remédios que são caros, fortalecendo a família que já tem muitas despesas e problemas econômicos. Assim, a assistente social menciona essa importante ação, principalmente desenvolvendo-a com as famílias mais vulneráveis, que muitas vezes, não têm recursos financeiros para prover o custo da medicação.

Foi possível constatar que a equipe de referência desenvolve seu trabalho com as famílias nos programas oferecidos verificando as potencialidades e possibilidades do Projeto Terapêutico Singular, citado por todos os participantes, avaliando-o como um dos programas e práticas desenvolvidas entre família-usuário-equipe.

A hipótese da pesquisa ressaltando a necessidade do acompanhamento familiar, se confirma, podendo evidenciar-se que quando os profissionais se referem às opções de tratamento como, os grupos de discussão, reuniões e escuta qualificada, as famílias compartilham suas dificuldades, desejos e medos, ou seja, é necessário o acompanhamento para a possibilidade do desenvolvimento de um Projeto Terapêutico integrado, voltado para a satisfação de suas necessidades ressaltando a família como ator indispensável.

Sendo assim, percebeu-se que há benefícios no acompanhamento familiar, embora nem todas as famílias cooperem de modo igual pelas diversas realidades do universo cotidiano singular. No entanto, o usuário e sua família devem ser atendidos em cuidados integralmente, através de projetos e serviços de saúde mental que ofereçam suporte, apoio, informação e orientação nas mais diversas áreas, mitiguem o sofrimento das famílias e promovam estratégias de enfrentamento da situação para objetivar uma melhor qualidade de vida para ambos os lados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, lidar com a saúde mental é um tema sempre atual, por esse motivo torna-se um trabalho minucioso e complexo, que muitas das vezes precisa ser mediado por toda a rede de apoio. Os profissionais também observam essa complexidade, e a partir disso, entendemos que a participação da família no tratamento é importante para os profissionais do CAPS, nos quais apontam que há responsabilidade dos familiares nessa parceria para o tratamento, como nos mostram os depoimentos.

O assistente social na saúde mental é fundamental para garantir os direitos destas famílias que precisam do suporte de políticas públicas para se envolverem no tratamento do usuário. A experiência pelo tema foi relevante para minha formação acadêmica, onde pude conhecer melhor como é o trabalho realizado no CAPS. Escolhendo retratar a família por ser o nosso primeiro contato com o mundo, mas lembrando sempre que a família não é superior ao paciente, é preciso entender as dores da mente do familiar. Com isso, o intuito foi conscientizar as famílias a buscarem orientação e apoio à desinstitucionalização psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

É fundamental identificar a dimensão subjetiva do usuário e de sua família para que a equipe de referência possa compreender melhor o processo de adoecimento e contribuir para um melhor cuidado. Entendendo a dimensão subjetiva como demandas que são implícitas, ou seja, a capacidade de ver o que muitas vezes não se fala. A autora Vasconcelos (2006) em sua pesquisa ressalta a importância das demandas implícitas que vão configurar uma leitura de totalidade no atendimento interdisciplinar impactando na intervenção pela tríade; das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

O processo de estágio presencial inicialmente durou um semestre, com a chegada da pandemia, foi suspenso, no que acarretou novo esforço para formular e propor uma metodologia de apoio a pesquisa, porque a princípio as vivências se dariam nos acompanhamentos das oficinas e reuniões familiares, que não foi possível com a pandemia. A ferramenta do Google-Forms foi uma grande aliada no processo de colher os dados, pois como atualmente, o mundo está vivendo com a COVID-19 e o distanciamento social. A Internet foi um meio importante para muitas atividades.

5.1 Pesquisas futuras

As implicações deste trabalho poderão desencadear outras pesquisas no intuito de refletir o momento atual de isolamento social. A psicóloga identifica as estratégias utilizadas pelos profissionais na atual conjuntura, apontando a ligação pelo telefone institucional como recurso para o atendimento com as famílias, com isso alguns instrumentais dos profissionais foram adaptados. Fica o questionamento para as futuras pesquisas, que eficiência se obteve durante a pandemia em novo cenário com essas adaptações? A assistente social não se manifestou nos depoimentos com relação às dificuldades do seu trabalho nessa nova configuração da pandemia.

Foi observado no estágio que a assistente social mencionou o atendimento de uma usuária vítima da violência doméstica. Pessoas com transtorno mental também são vítimas de violações de direitos. Na pesquisa, não foi possível pesquisar qual o perfil das mulheres acompanhadas pelo serviço e quais as negligências que elas sofreram nesse processo de reconhecimento do transtorno mental, ficando a sugestão para novas pesquisas abordando o perfil.

Em relação à percepção como estagiária do CAPS II considerou-se importante registrar a questão da violência contra a mulher, pois este problema social que se remete à questão social merece rigorosa implicação do Estado e sociedade civil. Principalmente pensar neste perfil, por meio do debate racial, em que mulheres negras com transtornos mentais sofrem muito com o preconceito e a falta de acesso às políticas públicas, como bem nos elucidou a autora Passos (2017). A saúde mental quando abalada em suas estruturas tem nas mulheres vitimadas uma lamentável frequência.

Em pesquisas futuras, pode-se refletir também: atualmente, existem vários fatores intervindo no tratamento de uma pessoa com transtorno mental. No contexto do “ajuste neoliberal”, quando as políticas públicas estão cada vez mais precárias, a proteção social das famílias torna-se uma tarefa cada vez mais desafiadora dos serviços públicos.

Os problemas com as famílias são complexos, ou seja, além de ter um membro com transtorno mental, aparece escancarada a questão social nas suas expressões: o desemprego e o acesso à saúde qualificada. Neste momento, ficou muito visível a questão da sobrevivência agravada na pandemia e as muitas mortes. Então além dos problemas que as famílias já encontravam antes, elas também precisam lidar com o transtorno mental e suas perdas nesse período.

Neste sentido, o Estado não pode continuar abandonando a saúde como reiteradas vezes vem fazendo, pois quando se termina esse trabalho, no início do mês de outubro de 2021, o Brasil registra 600 mil brasileiros mortos consequência do Covid-19, com a ausência de políticas de saúde “eficazes, efetivas e eficientes”.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Após 20 anos, a reforma psiquiátrica ainda divide opiniões.**

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes>. Acesso em: 26 mai. 2021.

ALMEIDA et al. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 6, p. 40-47, dez. 2011. Disponível em

<http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2021.

AMARANTE, Paulo; NUNES, M. D. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios: subtítulo do artigo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 16 jun. 2021.

ASSENHEIMER, Stephannie; PEGORARO, Renata Fabiana. Práticas Desenvolvidas por Psicólogos em Serviços de Atenção Psicossocial: Revisão de Literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 139-155, out./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.652>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial.**

Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 17-189.

BLOG DA SAÚDE MG. **Resenha: Nise da Silveira, a mulher que mudou a história da psiquiatria no Brasil.** Disponível em: <http://blog.saude.mg.gov.br/2016/05/17/resenha-nise-da-silveira-a-mulher-que-mudou-a-historia-da-psiquiatria-no-brasil/>. Acesso em: 1 fev. 2021.

BOSI, M. L. M. et al. Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, online, v. 21, n. 4, p. 1231-1252, jan./2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400004>. Acesso em: 5 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). **Cadernos de atenção básica: Saúde mental.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 1 mar. 2021.

BRASIL. **PORTARIA/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 11 mar. 2021.

BRASIL. **PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Disponível em: <http://138.68.60.75/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. **Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2021.

BRASIL. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASIL. O Ministério da Saúde investe em ações de saúde mental durante a pandemia. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10076>. Acesso em: 23 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um Outro Olhar: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, 2007.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRAVO, M. I. **SERVIÇO SOCIAL E REFORMA SANITÁRIA: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 12-20.

CARNUT, L.; FAQUIM, J. P. S. Conceitos de família e a tipologia familiar: aspectos teóricos para o trabalho da equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750, [S. l.]**, v. 5, n. 1, p. 62–70, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/198>. Acesso em: 29 ago. 2021.

CARRARA, G. Z. R. et al. Assistência de Enfermagem humanizada em Saúde Mental: revisão da literatura. **Rev. Online**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 86-107, 2015. Disponível em: <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015183642.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

CRUZ, K. D. F. D. et al. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, Belém, v. 11, n. 2, p. 117-132, ago./2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 jul. 2021.

FERREIRA, T. P. D. S. et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 43, n. 121, p. 441-449, ago./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>. Acesso em: 5 mai. 2021.

FIOCRUZ. **Vídeo: Ruínas da loucura**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video-ruinas-da-loucura>. Acesso em: 9 jun. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Lei Basaglia**. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/37>. Acesso em: 26 mai. 2021.

GAINO, L. V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 109-116, jun./2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 8 jun. 2021.

GOVERNO DO BRASIL. **Investimento em Saúde Mental cresceu quase 200%**. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>. Acesso em: 16 fev. 2021.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do serviço social**. 10. ed. [S.l.]: Cortez Editora, 2014.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; BARROS, Juliana de Oliveira. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-657218> Acesso em: 04 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005

NISIIDE, A. C. B.; E SILVA, M. I. F. C. A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 99–119, 2020. DOI: 10.26512/ser social.v22i46.25451. Disponível em: https://www.gestoesaude.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25451. Acesso em: 20 set. 2021

NUNES, C. R. M; MACHADO, Graziela Scheffer; BELLINI, M. I. B. A Qualificação e a Contribuição do Processo de Trabalho dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde Mental: subtítulo do artigo. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 1-10, out./2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/961>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **LIVRO DE RECURSOS DA OMS SOBRE SAÚDE MENTAL, DIREITOS HUMANOS E LEGISLAÇÃO**. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf. Acesso em: 17 jun. 2021.

OUTRASPALAVRAS. **No filme, Nise, e sua crítica radical à velha psiquiatria**. Disponível em: <https://outraspalavras.net/poeticas/humanizacao-da-psiquiatria-e-o-cuidado-feminino/>. Acesso em: 6 jul. 2021.

PASSOS, Rachel Gouveia “**De escravas a cuidadoras**”: **invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira**. O Social em Questão, vol. 20, núm. 38, 2017, Maio-, pp. 77-94 Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro Brasil

PIRES, R. R. et al. Redes de apoio social à família de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas: percepção de familiares cuidadores. **Revista Eletrônica Acervo Saúde: Electronic Journal Collection Health**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. 1-8, out./2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4490>. Acesso em: 7 jun. 2021.

PRATES, Louise; WIESE, Michelly Laurita. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O lugar das famílias no CAPS II Ponta do Coral. **II Seminário Nacional de Serviço Social: Trabalho e Política Social**, [S.l.], v. 214 p. 1-7, out./2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180103/102_00242.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 jul. 2021.

ROCHA, T. H. R; PAULA, J. G. D; CASTRO, Filipe Caldeira. Laços e histórias: a reforma psiquiátrica e as relações afetivas entre familiares de sujeitos psicóticos. **Vínculo**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 95-105, abr./2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902021000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mai. 2021.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Saúde mental e Serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3 Ed. São Paulo: Cortez. 2006.

ROTOLI, Adriana; SILVA, M.R.S., D. A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 8, p. 1-15, dez./2005. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5649>. Acesso em: 25 ago. 2021.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. Barbaroi, Santa Cruz do Sul, n. 34, p. 146-160, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2021

TAVARES, C. et. al. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, [S.l.], n. 4, p. 25-32, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0137>. Acesso em: 20 abr. 2021.

TEIXEIRA, Solange Maria. Família e proteção social: uma relação continuamente (re)atualizada. **Revista Emancipação**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 75-86, fev./2014. Disponível em: <https://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2015/03/Teixeira-S.-M.-Familia-e-protecao-social.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2021.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 17-100.

WIKIPÉDIA. **Crise econômica brasileira de 2014**. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Crise_econ%C3%B4mica_brasileira_de_2014. Acesso em: 4 out. 2021.

YOUTUBE. **Regulamentação da Lei 8080 SUS**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RQwKfSgrZ3Q>. Acesso em: 8 mar. 2021.

ANEXO A - PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO DO FAMILIAR COM TRANSTORNO MENTAL, NA VISÃO DA EQUIPE DO CAPS-AD II.

Pesquisador: Flander de Almeida Calixto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44347720.9.0000.5152

Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.690.761

Apresentação do Projeto:

Trata-se de análise de respostas que os pesquisadores apresentaram às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado Número 4.620.120, de 29 de março de 2021.

- Conforme apresenta o protocolo:

- Estudo qualitativo exploratório utilizando um questionário que será respondido por três profissionais da área de saúde que atuam em um CAPS-AD II. Será feita a "... análise de dados ..." a partir das respostas dos participantes da pesquisa, buscando conhecer a importância da participação da família no acompanhamento dos seus membros.

- Critérios de Inclusão = os profissionais técnicos de referência de saúde mental, sendo uma assistente social, uma psicóloga (a ser sorteada entre as quatro que compõem a equipe) e um enfermeiro, que atuam no CAPS-Ad II da cidade pesquisada.

- Critérios de Exclusão = Estão excluídos os demais profissionais das equipes do CAPS-Ad II da cidade pesquisada.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Identificar se há benefícios no acompanhamento familiar dos usuários do CAPS-Ad II na visão da equipe profissional de Saúde Mental.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 4.690.761

Secundários: Refletir qual a concepção da família para pacientes com doença mental na visão da equipe; Verificar quais estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde mental para o atendimento com as famílias do CAPS-Ad II;

Identificar quais as necessidades da presença do familiar no processo de acompanhamento ao usuário conforme a equipe de saúde mental do CAPS-Ad II;

Identificar quais os programas do CAPS-Ad II que necessitam da participação da família; Conhecer como a equipe de saúde mental desenvolve seu trabalho com as famílias nos programas oferecidos pelo CAPS-Ad II.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme o protocolo:

- Riscos: de identificação dos participantes da pesquisa, caso os registros coletados venham a ser perdidos. No entanto, todos os dados serão guardados pelo pesquisador e não será feito registro de informação pessoal como nomes, endereço, telefones. Além disso, os nomes dos participantes serão modificados e o nome da cidade onde será feita a pesquisa será omitido em toda a pesquisa.

- Benefícios: "... identificar no modo de atuação de cada profissional, possíveis sugestões para integrar e ou ampliar das ações desenvolvidas por cada um, no sentido de beneficiar o atendimento ao usuário bem como para ampliar ganhos para a equipe de referência ao implementar as ações desenvolvidas nos projetos e programas do CAPS-Ad II que incluem a família como ator fundamental."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendendo ao CEP/UFU no Parecer Consubstanciado Número 4.620.120, de 29 de março de 2021, os pesquisadores apresentaram os seguintes esclarecimentos às pendências apontadas:

1- O título do projeto de pesquisa apresenta-se em duas versões em diferentes documentos: "A Família no Acompanhamento do Familiar com Transtorno Mental na Visão da Equipe do CAPS-AD II" e "A Família e o Acompanhamento de seus Membros com Transtorno Mental na Visão da Equipe do CAPS-AD II. Uniformizar o título em todos os documentos do projeto.

- Resposta dos pesquisadores: foi acertado em todos os documentos.

- Análise do CEP/UFU: O título foi devidamente corrigido nos documentos. ATENDIDA.

2- Os benefícios da pesquisa não estão claros. Esclarecer.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 4.690.761

- Resposta dos pesquisadores: Os benefícios da pesquisa decorrerão de identificar no modo de atuação de cada profissional, possíveis sugestões para integrar e ou ampliar das ações desenvolvidas por cada um, no sentido de beneficiar o atendimento ao usuário bem como para ampliar ganhos para a equipe de referência ao implementar as ações desenvolvidas nos projetos e programas do CAPS-Ad II que incluem a família como ator fundamental.

- Análise do CEP/UFU: Os benefícios ficaram mais claros. ATENDIDA

3- Considerando que no município há apenas um CAPS-AD II e nele atuam uma assistente social e um enfermeiro, segundo informações constantes no projeto, como será garantido o anonimato (mesmo usando nomes fictícios) e a confidencialidade das informações?

- Resposta dos pesquisadores: Para identificar o profissional é necessário saber em que cidade o CAPSII está localizado. Não há no projeto o nome da cidade, logo não há identificação da cidade, não há como identificar os participantes.

- Análise do CEP/UFU: O esclarecimento indica que o anonimato e a confidencialidade estão protegidos pela não identificação da cidade onde a pesquisa será realizada. ATENDIDA.

4- Detalhar como será o processo de consentimento livre e esclarecido (abordagem dos profissionais para convite à participação na pesquisa, esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

- Resposta dos pesquisadores: (EXTRAÍDO DO TCLE COM A RETIFICAÇÃO PEDIDA) Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar a importância da participação das famílias no acompanhamento do seu familiar com transtorno mental no Centro de Atenção Psicossocial, por meio da visão dos profissionais da equipe de Saúde Mental. O Termo/registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido por Isabela de Cássia de Andrade Faria. 1. O TCLE será enviado aos participantes, profissionais da saúde por meio eletrônico (e-mail INSTITUCIONAL), assim, respeitando o distanciamento social. 2. O participante assinará duas vias. Uma, assinada pelos pesquisadores, ficará em seu poder. 3. A outra, via assinada, com assinatura do participante, deverá ser escaneada e enviada aos pesquisadores por e-mail. 4. Para que o termo seja lido e esclarecido, foi combinado com o participante que a pesquisadora fará uma ligação no celular institucional para ler o TCLE e esclarecer algo que não estiver claro. Aguardar o participante responder as questões no Google-Forms

- Análise do CEP/UFU: Foi devidamente descrito o processo de consentimento. ATENDIDA

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 4.690.761

5. Uma vez que o questionário será enviado e respondido via e-mail devido ao período de isolamento social, esclarecer como será obtido o e-mail dos profissionais, uma vez que não é permitido à equipe de pesquisa obter meios de contato (número de celular e e-mail, por exemplo) dos possíveis participantes junto ao CAPS -AD II, exceto no caso desses meios de contato estarem disponíveis para o público em geral.

- Resposta dos pesquisadores: Os e-mails dos participantes são de domínio público porque são institucionais de trabalho.

- Análise do CEP/UFU: Serão usados os e-mails de acesso disponível ao público em geral. ATENDIDA.

6- Sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) Está descrito que o Termo será assinado no CAPS-AD II em horário previamente definido por cada participante. Em seguida está dito que nessa ocasião a pesquisadora "... fará as explicações do TCLE por vídeo chamada usando o WhatsApp, conforme, previamente combinado dia e horário com os participantes, antes da coleta de dados." Esse trecho está confuso. O processo será feito pessoalmente no CAPS-AD II ou por videochamada? Esclarecer.

- Resposta dos pesquisadores: Para que o termo seja lido e esclarecido, foi combinado com o participante que a pesquisadora fará uma ligação no celular institucional para ler o TCLE e esclarecer algo que não estiver claro. FOI RECONSTRUIDA A FRASE. A chamada institucional será feita para tirar dúvidas do TCLE.

- Análise do CEP/UFU: Foi feita a adequação no documento. ATENDIDA.

b) Há a afirmação de que "Cada participante terá um período prévio de vinte e quatro horas para decidir se quer participar da pesquisa por via digital (online). Conforme o item IV da Resolução CNS 466/2012 e o Cap. III da Resolução CNS 510/2016 a pessoa terá tempo para decidir se quer participar ou não da pesquisa e esse tempo para tomada de decisão não pode ser estipulado pelo pesquisador. Portanto, retirar o período prévio de 24 horas e seguir o modelo do CEP/UFU.

- Resposta dos pesquisadores: foi retirado

- Análise do CEP/UFU: o documento foi corrigido. ATENDIDA.

c) Considerando o risco de identificação dos profissionais que atuam no CAPS-AD II, deixar claro o que será feito para controlar tal risco.

- Resposta dos pesquisadores: Não há identificação da cidade no projeto os nomes serão

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 4.690.761

modificados.

- Análise o CEP/UFU: o documento foi corrigido. ATENDIDA.

d) Deixar claro os benefícios (diretos ou indiretos) para o participante da pesquisa.

- Resposta dos pesquisadores: Os benefícios da pesquisa decorrerão de identificar no processo de atuação de cada profissional, possíveis sugestões para integrar e ou ampliar das ações desenvolvidas por cada um, no sentido de beneficiar o atendimento ao usuário bem como para ampliar ganhos para a equipe de referência ao implementar as ações desenvolvidas nos projetos e programas do CAPS-Ad II que incluem a família como ator fundamental.

- Análise do CEP/UFU: o documento foi adequado conforme descrito no projeto. ATENDIDA.

e) O segundo parágrafo está confuso, com frase "solta" ("...Há também a falta ..."). Reescrever o parágrafo.

- Resposta dos pesquisadores: Foi refeito o texto.

- Análise do CEP/UFU: o texto foi reelaborado. ATENDIDA.

f) O terceiro parágrafo está confuso, com frase "solta" ("... O CEP esclarece que ..."). Reescrever o parágrafo.

- Resposta dos pesquisadores: Foi refeito o texto

- Análise do CEP/UFU: o texto foi reelaborado. ATENDIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- a) Folha de Rosto datada, carimbada e assinada sem assinatura e carimbo da responsável pela instituição proponente;
- b) Declaração da Instituição Co - Participante datada, carimbada e assinada pela Secretária Municipal de Saúde;
- c) Projeto detalhado;
- d) Instrumento de pesquisa (questionário);
- e) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- f) Termo de Compromisso e Confidencialidade da Equipe Executora datado e assinado pelos membros da equipe de pesquisa;
- g) Declaração do Pesquisador - Coordenador da pesquisa declarando que encaminhará os documentos, devidamente assinados e datados, sob forma de Notificação tão logo termine o

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.690.761

período de isolamento social seguindo as orientações da OMS e portarias municipais, estaduais e federais relacionadas à COVID-19.

h) Documento com as respostas às pendências apontadas pelo CEP/UFU.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os pesquisadores atenderam as pendências do parecer 4.679.294. O relatório está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo as Resoluções CNS 466/12 e 510/16, o pesquisador deverá manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento as Resoluções CNS 466/12, 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 e 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Página 06 de 08

Continuação do Parecer: 4.690.761

posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, Resolução 510/16 e suas complementares, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: NOVEMBRO/2021.

* Tolerância máxima de 01 mês para atraso na entrega do relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1634810.pdf	27/04/2021 18:00:18		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	27/04/2021 17:59:30	ISABELA DE CASSIA DE	Aceito
Parecer Anterior	3Parecer_Consubstanciado.docx	22/04/2021 13:56:38	ISABELA DE CASSIA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	3TCLE_ajustadoCovid2020.docx	22/04/2021 13:55:20	ISABELA DE CASSIA DE ANDRADE FARIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	3ProjetodePesquisaisabela2021.docx	22/04/2021 13:54:14	ISABELA DE CASSIA DE ANDRADE FARIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	termodecompromissoconfidencialidade.pdf	10/04/2021 11:34:38	ISABELA DE CASSIA DE ANDRADE FARIA	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 4.690.761

Ausência	termodecompromissoconfidencialidade.pdf	10/04/2021 11:34:38	ISABELA DE CASSIA DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisador.pdf	10/04/2021 11:32:52	ISABELA DE CASSIA DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipanteassinada.pdf	09/04/2021 13:37:05	ISABELA DE CASSIA DE ANDRADE FARIA	Aceito
Outros	questionarios_Isabela.docx	25/09/2020 21:35:54	Flander de Almeida Calixto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Curriculo_Lattes_Isabela_.docx	25/09/2020 21:34:08	Flander de Almeida Calixto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLANDIA, 04 de Maio de 2021

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br