UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial
e suas vivências com a doença mental**

Ana Paula Nagaoka

Ribeirão Preto-SP
2009

Ana Paula Nagaoka

**Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial
e suas vivências com a doença mental**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre,
inserida na linha de pesquisa em
Enfermagem Psiquiátrica: o doente,
a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Antônia Regina Ferreira Furegato

Ribeirão Preto-SP
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

Nagaoka, Ana Paula

Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental. Ribeirão Preto, 2009.
80 fls; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental. 3. Familiares 4. Reabilitação

FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula Nagaoka

Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica da Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre,
inserida na linha de pesquisa em
Enfermagem Psiquiátrica: o doente,
a doença e as práticas terapêuticas

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Antonia Regina Ferreira Furegato

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque reconheço que sem Ele eu nada poderia fazer.

Agradeço a oportunidade de chegar até aqui;

Agradeço pela família maravilhosa que me apoiou e incentivou de todas as formas possíveis;

Agradeço pelas professoras, verdadeiros exemplos de sabedoria e amor ao próximo;

Agradeço pelas pessoas amigas que fizeram total diferença na minha vida;

Agradeço pelos pacientes e familiares da pesquisa que compartilharam comigo suas experiências e me fizeram ver muito além das dificuldades;

RESUMO

NAGAOKA, A. P. **Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental.** 80 f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

Introdução: Os transtornos mentais, além de seus sinais e sintomas, por possuírem uma história de preconceito e descrédito, ainda hoje geram tanto nos doentes quanto nos que os cercam, dificuldades que interferem no seu cotidiano. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, novos modelos de atenção foram criados estimulando a reinserção do doente na família e na sociedade. O CAPS surge então como um serviço que acolhe indivíduos com transtornos mentais, oferecendo atendimento terapêutico individual e em grupo, consulta médica e outras atividades. Os projetos terapêuticos individuais são voltados para o tratamento e para a reabilitação psicossocial, com iniciativas que incluem a família. Esperando contribuir para a atenção implementada pelos profissionais do serviço com elementos que possam orientar as intervenções, buscando maior eficácia e adesão aos tratamentos, este estudo teve por **Objetivo** caracterizar o perfil da população atendida no CAPS e as suas percepções da doença, tratamento e implicações psicossociais além de compreender como encaram sua convivência com a doença mental. **Metodologia:** Optou-se pela pesquisa descritiva, através da qual os dados foram coletados, analisados, classificados e interpretados. Foram entrevistados 65 pacientes e 53 familiares de pacientes em tratamento no CAPS de Pindamonhangaba, nos meses de setembro e outubro de 2008. Os instrumentos utilizados foram dois questionários com perguntas fechadas elaborados um para o paciente e outro para a família. A cada entrevistado eram explicados os objetivos da pesquisa, a forma como ela participaria do estudo, bem como o uso das informações por ela cedidas. Os dados coletados foram tabulados e os resultados foram submetidos à análise estatística comparando-se as posições dos usuários e de seus familiares frente ao cuidado relacionado aos aspectos clínicos, demográficos e do ambiente. Foram aplicados os Testes do Qui-quadrado (χ^2) e o de Fisher. A discussão teve por base a literatura sobre o tema. Dos pacientes, 80% tinham entre 31 e 60 anos e dos familiares, 75% apresentaram idade superior a 46 anos. Dois grupos de diagnóstico se destacaram: os esquizofrênicos e os portadores de transtorno bipolar. Um terço dos pacientes não souberam informar o próprio diagnóstico. Os familiares são constituídos em sua maioria por pais e irmãos de pacientes. Apesar de apresentarem bom nível escolar apenas 4 trabalham o que representa uma frustração para o paciente. Menos de um terço dos familiares trabalham e, mesmo assim, somente a metade participa de atividades do CAPS, especialmente reuniões de família e consultas médicas. As oficinas terapêuticas além de ajudar o paciente no processo de ressocialização e conhecimento da própria doença, servem para estabelecer vínculos e parcerias entre equipe, usuários e familiares. Mesmo a família considerando grande sua sobrecarga, sente-se otimista com relação ao futuro e satisfeita com a vida. O paciente mesmo tendo consciência de que a doença transformou seu cotidiano, também se sente otimista e satisfeito com a vida. **Conclusões:** Os transtornos mentais geram dificuldades nas relações pessoais e sociais, entretanto, observa-se nestas pessoas uma capacidade especial para enfrentar as adversidades, ser transformados por elas, e superá-las.

Palavras chave: Enfermagem – Saúde mental – Familiares – Reabilitação.

ABSTRACT

NAGAOKA, A. P. **Psychosocial care center users and their relationship with mental illness.** 80 f. Máster dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2009.

Introduction: Mental diseases, due to its symptoms, have a long history of prejudice and disbelief, and even today it brings difficulties to patients and people around them, interfering in their everyday life. With The Psychiatrist Reform, new approaches were created to stimulate the re-insertion of the patient into his family and society. So CAPS (a psychosocial care center) surges as a service that gathers individuals with mental diseases, offering them group and individual therapy assistance, medical help and etc. The individual therapeutic projects are about psychosocial treatment and rehabilitation, and it includes their family members. Hoping to contribute to this area's professionals with elements that may direct their interventions, and then result in a higher efficacy and acceptance to treatments, this study had the **Objective** of tracing the profile of people helped by CAPS and its psychosocial implications, treatment and perception of the disease, and also obtain an understanding of how they face and handle with their mental disease. **Methodology** – Descriptive research was chosen, and so through this method data was collected, analyzed, classified and interpreted. 65 patients and 53 patient's relatives being treated at CAPS in Pindamonhangaba were interviewed, during the months of September and October in 2008. Two questionnaires with closed questions were used as instruments for the research, being one formulated for the family and the other for the patient. For each interviewed person, the objective and the way the research would participate into the study was explained, as well as the use of the information obtained by it. The collected data was tabulated and the results were submitted to statistical analysis, observing the patient's position and their relatives about clinical, environmental and demographic care. Fischer and chi-squared tests were applied, and the discussion had the literature of the theme as its basis. 80% of the patients were between 31 and 60 years old, and about the family members, 75% were older than 46 years old. Two groups were outlined: schizophrenic and bipolar. One third of the patients couldn't tell about their own diagnosis. The family members are mostly made of patients' parents and siblings. Although they had good educational level, only four of them work, which is frustrating for them. Less than one third of the family members work, but only half participate in CAPS activities, especially family reunions and medical appointments. Therapeutic workshops not only help patients to get to know their illness and in their rehabilitation process but also make bonds and partnerships among the staff, patients and family members. Although the family feels the difficulties, looks at future in an optimistic way and is satisfied with life. Moreover patients are conscious about the big changes the disease brought into their lives; they also feel optimistic and satisfied. **Conclusions:** Mental diseases bring difficulties in social and individual's relationships. However, we could see in these people an extraordinary ability of facing and overcoming their adversities.

Key words: Nursing – Mental health- Family members – Rehabilitation.

RESUMEN

NAGAOKA, A. P. **Usuarios de un Centro de Atención Psicosocial y sus vivencias con la enfermedad mental.** 80 f. Disertación para Grado de Master – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2009.

Introducción: Los trastornos mentales, además de sus señales y síntomas, por poseer una historia de prejuicio y descrédito, todavía hoy generan tanto en los enfermos cuanto en los que los rodean, dificultades que interfieren en su día a día. Con el advenimiento de la Reforma Psiquiátrica, nuevos modelos de atención fueron creados estimulando la reinserción del enfermo en la familia y en la sociedad. El CAPS surge entonces como un servicio que acoge individuos con trastornos mentales, ofreciendo atendimento terapéutico individual y en grupo, consulta médica y otras actividades. Los proyectos terapéuticos individuales son direccionados para el tratamiento y para la rehabilitación psicosocial, con iniciativas que incluyen la familia. Esperando contribuir para la atención implementada por los profesionales del servicio con elementos que puedan orientar las intervenciones, buscando mayor eficacia y adhesión a los tratamientos, este estudio tuvo por **Objetivo** caracterizar el perfil de la población atendida en el CAPS y sus percepciones de la enfermedad, tratamiento y implicaciones psicosociales además de comprender como enfrentar su convivencia con la enfermedad mental. **Metodología:** Se optó por la pesquisa descriptiva, a través de la cual los datos fueron coleccionados, analizados, clasificados e interpretados. Fueron entrevistados 65 pacientes y 53 familiares de pacientes en tratamiento en el CAPS de Pindamonhangaba, en los meses de septiembre y octubre de 2008. Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios con preguntas cerradas elaborados uno para el paciente y otro para la familia. A cada entrevistado eran explicados los objetivos de la pesquisa, la forma como ella participaría del estudio, bien como el uso de las informaciones por ella cedidas. Los datos coleccionados fueron tabulados y los resultados fueron submetidos a la análisis estadística comparandose las posiciones de los usuarios y de sus familiares frente al cuidado relacionado a los aspectos clínicos, demográficos y del ambiente. Fueron aplicados los Tests del Qui-cuadrado (χ^2) y el de Fisher. La discusión tuvo por base la literatura sobre el tema. De los pacientes, 80% tenían entre 31 y 60 años y de los familiares, 75% presentaron edad superior a 46 años. Dos grupos de diagnóstico se destacaron: los esquizofrénicos y los portadores de transtorno bipolar. Un tercio de los pacientes no supieron informar el propio diagnóstico. Los familiares son constituidos en sua mayoría por padres y hermanos de pacientes. A pesar de presentar buen nivel escolar apenas 4 trabajaban lo que representa una frustración para el paciente. Menos de un tercio de los familiares trabajaban y, mismo así, solamente la mitad participa de actividades del CAPS, especialmente reuniones de familia y consultas médicas. Los talleres terapéuticos además de ayudar al paciente en el proceso de resocialización y conocimiento de la propia enfermedad, sirven para establecer vínculos y parcerías entre equipo, usuarios y familiares. Mismo la familia considerando grande su sobrecarga, se siente optimista con relación al futuro y satisfecha con la vida. El paciente mismo teniendo consciencia de que la enfermedad transformó su día a día, también se siente optimista y satisfecho con la vida. **Conclusiones:** Los trastornos mentales generan dificultades en las relaciones personales y sociales, sin embargo, se observa en estas personas una capacidad especial para enfrentar las adversidades, ser transformados por ellas, y superarlas.

Palabras llave: Enfermería – Salud mental – Familiares – Rehabilitación.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização dos pacientes e familiares, atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo idade, escolaridade, trabalho e religião	41
Tabela 2-	Caracterização dos pacientes atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo diagnóstico, idade de início da doença, tempo de tratamento no CAPS, classificação da terapêutica, número de internações e recebimento de benefícios	43
Tabela 3-	Caracterização dos familiares de pacientes atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo o grau de parentesco e participação em atividades do CAPS	44
Tabela 4-	Distribuição de pacientes e familiares atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, quanto à importância do tratamento	45

SUMÁRIO

I- INTRODUÇÃO.....	09
II- REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O TEMA.....	14
1- Rede de Atenção em Saúde Mental.....	16
a- Rede hospitalar.....	17
b- Rede extra hospitalar.....	19
c- Programa de Apoio.....	26
2- Família e demais elementos de suporte social.....	27
III- OBJETIVOS.....	33
IV- PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	34
1- Tipo de estudo.....	34
2- Local de estudo.....	34
3- Participantes do estudo.....	36
4- Aspectos éticos.....	36
5- Coleta de dados.....	37
6- Instrumento de coleta.....	37
7- Análise dos dados.....	38
V- RESULTADOS.....	39
1- Identificação.....	40
2- Doença e Tratamento.....	45
3- Implicações Psicossociais.....	46
VI- DISCUSSÃO.....	51
VII- CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICES.....	73
ANEXO.....	79

I- INTRODUÇÃO

A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo, dela recebemos os primeiros valores, estabelecemos as primeiras relações afetivas, compartilhamos nossas dúvidas, angústias e temores (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). É também quem primeiro observa as mudanças no humor, no comportamento e na disposição de seus membros, desempenha as primeiras ações buscando aliviar os sintomas ou tratá-los. Por isso, a família vem recebendo atenção crescente no tratamento de portadores de transtornos psíquicos.

A partir da Reforma Psiquiátrica a preocupação de aproximá-la dos serviços, do tratamento e da equipe interdisciplinar tornou-se notória. Até então, o usuário era separado da sua família e da sociedade (MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003). O enclausuramento em manicômios era a única forma de tratamento oferecida, já que todos, ao redor do doente, acabam sendo atingidos pelos preconceitos e descréditos que os transtornos psiquiátricos trazem consigo.

No Brasil, a atual política de saúde mental incentiva a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, o que evidencia a necessidade de inclusão da família do paciente psiquiátrico no tratamento, tanto para oferecer suporte ao doente, quanto para ela mesma receber cuidados específicos (PEGORARO, 2002; Brasil, 2002, 2004).

De acordo com Amarante (1995), desinstitucionalização não significa apenas desospitalização, mas desconstrução, isto é, superação de um modelo arcaico, tratando o sujeito em sua existência e em relação às suas condições concretas de vida, construir possibilidades.

Para que o processo de desinstitucionalização seja saudável e positivo, é preciso que os serviços estejam preparados para atender a família na sua totalidade, preocupando-se com seu cotidiano e com sua base estrutural.

A atenção para com doentes, velhos e crianças é uma atitude própria da espécie humana e acompanha a história da enfermagem, desde o seu berço. Florence Nightingale, durante a Guerra da Crimeia, cuidava dos feridos e mandava notícias às suas famílias, demonstrando que essa atenção para com os familiares faz parte do cuidado.

Schranck e Kantorski (2003) afirmam que a família é a instituição indispensável para garantir a sobrevivência e a proteção integral dos membros que a constituem.

No caso do indivíduo em sofrimento psíquico, a família é apontada como um dos melhores recursos para a sua reabilitação, por isso deve-se estabelecer parcerias entre indivíduo, família e profissionais (COIMBRA; GUIMARÃES; SILVA; KANTORSKI; SCATENA, 2005).

Em 1994, foi concebido pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorganizar a atenção básica de saúde, substituindo os modelos tradicionais de assistência por uma atenção centrada na saúde e na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, mental e social.

A valorização da família e os novos conceitos de saúde e doença, centrados na qualidade de vida do indivíduo, onde o cuidado se apresenta inserido na comunidade, marcam a reforma nos modelos de assistência à saúde no Brasil.

Segundo Brêda, Rosa, Pereira e Scatena (2005), o processo de reforma da assistência psiquiátrica defende uma nova forma de pensar o processo

saúde/doença, onde o processo de cura é substituído pelos de invenção da saúde e de reprodução social do sujeito, contribuindo para a desconstrução do conjunto de aparatos construído em torno do objeto doença.

Segundo Coimbra, Guimarães, Silva, Kantorski e Scatena (2005), para que a cidadania do portador de transtorno mental se dê através da sua re-inserção no núcleo familiar, na comunidade e no trabalho, é necessária a participação efetiva da rede básica de saúde, através da integração das ações entre os serviços abertos da saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Programas de Saúde da Família (PSF).

Os PSFs devem ter sempre o apoio de uma equipe em saúde mental, funcionando de maneira articulada, os serviços de atenção básica com os serviços especializados (BRASIL, 2004).

Durante a formação em Enfermagem, foi possível perceber o quanto a família está envolvida no cuidado e o quanto influencia no processo saúde/doença. O hospital que oferecia o estágio recebia pacientes de toda a região, por isso, muitas famílias não podiam visitar seus parentes (doentes), diariamente. Entretanto, nos dias de visita, era visível a melhora do doente e a preocupação da família em saber como ele estava sendo cuidado e o que ela poderia fazer para ajudar.

Os pacientes que possuem uma família à sua espera têm mais esperança e motivação para melhorar; esta, por sua vez, enfrenta geralmente a alegria de ver seu familiar melhorar, mas a incerteza de como cuidar, depois da alta hospitalar. Então, concluímos que para se ter um tratamento completo e eficaz, é necessário que a família esteja preparada e apoiada pelos serviços de saúde.

Uma pessoa doente na família provoca mudanças na rotina da casa, inseguranças e dificuldades que sobrecarregam o cuidador.

O primeiro contato com a área específica da saúde mental foi em um estágio curricular obrigatório no curso de graduação em Enfermagem ocorreu no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Este é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) e acolhe indivíduos com transtornos psíquicos, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Ficou claro o quanto a presença da família é importante para o tratamento de um paciente, portador de transtorno mental. E o quanto a família necessita de cuidados, já que muitas estão se desestruturando e seus membros perdendo a própria saúde devido à presença do transtorno mental. Estes familiares enfrentam mudanças na rotina, dificuldades financeiras, incertezas com relação ao comportamento apresentado pelo doente, falta de informações e apoio.

O CAPS oferece oficinas culturais, alfabetização, artesanato, música, além do tratamento medicamentoso e acompanhamento médico e a família também participa de várias dessas atividades através de grupos voltados para suas necessidades específicas, onde elas podem compartilhar suas dificuldades, experiências e expor suas dúvidas.

Diante desse cenário surgiram estas questões: Será que haveria algo mais a ser oferecido a essas pessoas (famílias e portadores)? Como essa família percebe a doença? Como o paciente se vê frente à realidade da doença mental? Estas questões despertaram o interesse em pesquisar a temática das relações entre o indivíduo, a família e o profissional de saúde que presta cuidados.

Assim, o presente estudo poderá contribuir com os conhecimentos e concepções de familiares e pacientes do CAPS, com relação à atenção

implementada pelos profissionais do serviço, e o perfil dessa população atendida, possibilitando a identificação de elementos que possam orientar as intervenções, buscando maior eficácia e adesão ao cuidado em saúde mental.

II- REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O TEMA

A reestruturação das ações em Saúde Mental no Brasil ganhou força na década de 1970 quando foram introduzidos os conceitos da Reforma Psiquiátrica mundial, preconizando a reintegração social do portador de transtornos mentais, através do auxílio da família e da integração desta com os serviços de saúde mental.

O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais (GONÇALVES; SENA, 2001; MOSTAZO; KIRSCHBAUM, 2003).

Segundo Basaglia (1985), o paciente conformava-se com os ditames da internação e os profissionais sujeitavam-se a tratá-los dentro dos muros de um hospital, utilizando-se de coerções, derivando daí a violência institucional.

A partir dessa reforma da atenção psiquiátrica, a família tem sido vista como um ator essencial à construção desse processo. Antes excluída, culpada e com sua rotina e estilo de vida alterados, passa a ser agora, considerada a sua participação, acolhimento e apoio, sendo o contexto familiar um espaço privilegiado para o cuidado do doente mental.

Saraceno (1999) e Reinaldo, Wetzel e Kantorski (2005), afirmam que as novas diretrizes visam à melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania, podendo essa qualidade de vida ser oferecida por meio de melhor atendimento e redução tanto das internações como do período de duração das mesmas e, sempre que possível, manter o usuário no meio familiar, através de suporte oferecido por uma rede de saúde.

As transformações do modelo de assistência em saúde que vêm se consolidando desde a Constituição de 1988 e da lei 8.080/90, que estipulou os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, invocando a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência, imprimiram ao campo da saúde mental o entendimento da saúde-doença como processo social e, a conseqüente proposição de um modelo de atenção em saúde, concretizado em práticas assistenciais de desinstitucionalização (CAMPOS; SOARES, 2003).

Com o SUS é criada uma nova estratégia que busca tratar da saúde da comunidade de maneira preventiva, através da inserção do cuidado na realidade da população, onde todos os serviços interagem de maneira articulada, inclusive os especializados (Reabilitação Psicossocial) com os serviços da rede básica (Estratégias da Saúde da Família).

Os serviços substitutivos não vêm abolir as internações em hospitais psiquiátricos, mas vêm para oferecer uma nova forma de tratamento, procurando diminuir o tempo e o número de internações e aumentando a qualidade de vida do doente. No estudo de Osinaga, Furegato e Santos (2007), os entrevistados foram unânimes em concordar que em casos de agressão e descontrole, a internação tem sido indicada, porém, havendo um bom atendimento nos ambulatórios, postos de saúde e serviços de emergência, diminui-se a necessidade de internação.

Segundo Schrank e Kantorski (2003), dentre os princípios da Reforma, destaca-se a criação de serviços, que devem ser interligados à rede de saúde tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS); Ambulatório de saúde mental; Hospitais dia; Oficinas terapêuticas, Serviços de saúde mental nos hospitais gerais; Centros de convivência; Pensões protegidas e Residências terapêuticas.

A Lei nº 10.216/01, de abril de 2001, relaciona os direitos dos portadores de doença mental, reforçando a inclusão social do sujeito e regulamentando uma nova política de assistência psiquiátrica no país.

Para que a Reforma psiquiátrica ocorra de forma efetiva, a família precisa ser vista como um agente fundamental de transformação da percepção da loucura. Precisa também ser incluída de forma responsável no processo de cuidado da pessoa com transtornos mentais, recebendo apoio e orientação para lidar com o impacto gerado pelo sofrimento psíquico, que inegavelmente acarreta alterações nas atividades cotidianas e no orçamento da família (KOGA; FUREGATO, 1999).

Segundo Vianna e Barros (2005), a família, como instituição social, é capaz de promover transformações sociais, adaptando-se às normas vigentes em cada período histórico e facilitando a adaptação de seus membros aos novos valores e condições sociais e econômicas; contar com a família como parceira da assistência é contar com um aliado poderoso na implantação das novas políticas de saúde.

1- Rede de Atenção em Saúde Mental

Buscando uma assistência psiquiátrica integral, contínua, com uma real participação da família e reinserção do doente na sociedade, foi criada uma rede de atenção psicossocial que acaba com a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, não descartando-os completamente, mas criando serviços que se somam a eles para alcançarem juntos a reabilitação psicossocial do sujeito, respeitando seus direitos humanos e civis.

A portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental (BRASIL, 2004).

a- Rede Hospitalar

O artigo 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, diz que qualquer tipo de internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2004).

Existem 3 tipos de internação psiquiátrica, 1º Internação voluntária, se dá com consentimento do usuário, 2º Internação involuntária, se dá a pedido de terceiro, sem o consentimento do usuário e 3º Internação compulsória, determinada pela Justiça.

O **Hospital Psiquiátrico** é aquele que possui a maioria de seus leitos destinados a pacientes psiquiátricos em tratamento especializado em regime de internação, deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental.

A Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS (BRASIL, 2004).

O serviço deve oferecer: avaliação médico-psicológica e social; atendimento diário por no mínimo, um membro da equipe multiprofissional; atendimento individual e grupal; abordagem à família; preparação para alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento e orientação à família.

Os hospitais psiquiátricos especializados devem contar com, no mínimo: um médico plantonista 24 horas; um enfermeiro das 19 às 7 horas para cada 240 leitos; para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro; para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais: um assistente social, um terapeuta ocupacional, um

psicólogo, quatro auxiliares de enfermagem; para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas: um clínico geral; para cada 120 pacientes, um nutricionista e um farmacêutico.

O Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral oferece uma retaguarda hospitalar quando a internação se faz necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento extra-hospitalar e de urgência.

O número de leitos não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Devem ser destinadas salas e espaços para atividades socioterápicas e trabalho em grupo. O serviço deve oferecer também avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, em grupo, abordagem à família e preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde, visando a prevenção de novas internações.

A equipe profissional mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por: um médico psiquiatra ou um médico clínico ou um psicólogo, um enfermeiro, dois profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional), profissionais de nível médio e elementar, necessários ao desenvolvimento das atividades.

O Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral funciona diariamente durante 24 horas e conta com o apoio de leitos de internação para até 72 horas. Tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social em curto período de tempo.

Estes serviços devem oferecer: avaliação médico-psicológica e social, atendimento individual, em grupo e à família.

A equipe técnica mínima, no período diurno, com até 10 leitos para internação breve, deve ser composta por: um médico psiquiatra ou um clínico ou um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro, profissionais de nível médio e elementar, necessários ao desenvolvimento das atividades.

Após a alta, o paciente deverá ser referenciado a um serviço extra-hospitalar, dando continuidade ao tratamento, em caso de necessidade de continuidade de internação, deve-se considerar os recursos assistenciais como hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

b- Rede Extra Hospitalar

Para priorizar a promoção da saúde e prevenção de complicações, surgiram os serviços extra-hospitalares, que possibilitam a ressocialização do doente através de um cuidado contínuo inserido na sociedade e família.

O **Hospital Dia** representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório. Deve oferecer um conjunto diversificado de atividades em até 5 dias da semana, com uma carga horária de 8 horas diárias, com: atendimento individual, em grupo ao paciente, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e refeições dependendo do tempo de permanência no serviço (BRASIL, 2004).

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes/dia, deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outros profissionais necessários à realização dos trabalhos), profissionais de nível médio e elementar, necessários ao desenvolvimento das atividades.

O **Atendimento Ambulatorial** compreende um conjunto de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlinicas, unidades mistas ou hospitais. Deve oferecer aos usuários do serviço atendimento individual, em grupo, visitas domiciliares e atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental das unidades básicas/centros de saúde, deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe deve ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

Os **CAPS**, Centros de Atenção Psicossocial, são serviços comunitários de atenção diária, que oferece cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial com iniciativas que incluem a família (BRASIL, 2004; CAMPOS; FURTADO, 2006).

No campo legislativo, a Lei 10.216 de abril de 2001, chamada também de Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, consolida o processo de discussão sobre a doença mental e as instituições psiquiátricas, redireciona o modelo

assistencial em saúde mental e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, reforçando a inclusão social; em fevereiro de 2002, no sentido de regulamentar e reorganizar as novas práticas, foi publicada a Portaria nº 336/GM, que classifica os CAPS, segundo sua complexidade e abrangência (BRASIL, 2004).

Os CAPS integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, pois acolhe os pacientes com transtornos mentais, estimula sua integração social e familiar, apóia sua busca pela autonomia e oferece atendimento médico, psicológico e o cuidado de enfermagem.

Segundo Vieira e Nóbrega (2004), o CAPS na saúde mental possui uma característica autopoietica, pois possibilita a desconstrução/invenção da prática de cuidados na saúde mental.

Tem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, através de seus projetos terapêuticos, dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, apoiando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e da Equipe de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

De acordo com BRASIL (2007), no ano de 2006, foi atingida a marca de mais de 1000 CAPS cadastrados e em funcionamento no SUS e pela primeira vez ocorreu a superação do montante de recursos financeiros da atenção extra-hospitalar em relação aos hospitais psiquiátricos; foram também reduzidos 11826 leitos psiquiátricos entre os anos de 2003 e 2006 em hospitais em más condições de funcionamento e leitos de longa permanência, o que mostra que a mudança do modelo assistencial psiquiátrico no SUS tornou-se uma realidade.

Os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e junto com outros tipos de serviços substitutivos, são regulamentados pela Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. (BRASIL, 2004)

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam algum tipo de transtorno mental, incluindo os relacionados às substâncias psicoativas (álcool e drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

De acordo com o projeto terapêutico individual, o CAPS poderá oferecer:

- Atendimento Intensivo: pessoa em situação de crise ou dificuldades de convívio social e familiar, freqüenta a instituição diariamente em tempo integral;
- Atendimento Semi-intensivo: pessoa com quadro de melhora no relacionamento, porém ainda necessita de atenção da equipe, freqüenta a instituição 3 vezes na semana;
- Atendimento Não-intensivo: pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe, freqüenta a instituição 3 vezes no mês.

O CAPS deve oferecer um ambiente terapêutico e acolhedor, com atividades em grupo, individuais, para o paciente em consonância com a família e com a comunidade, respeitando as possibilidades individuais, buscando a inserção social e os princípios da cidadania.

Os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços, dependendo do porte/complexidade e abrangência populacional:

CAPS I: para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Atende adultos e funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18horas, em dois turnos.

Deve oferecer: atendimento individual, em grupo, oficinas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias.

A equipe técnica mínima para atendimento de 20 pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, deve ser composta por um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), quatro profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

CAPS II: para municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Atende adultos, funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, em dois turnos, mas pode ter um terceiro período até as 21 horas. Deve oferecer atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias.

A equipe técnica mínima para atendimento de 30 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

CAPS III: para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Atende adultos, funciona 24 horas, diariamente e também nos feriados e finais de semana.

Deve oferecer atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e acolhimento noturno (máximo de 5 leitos com permanência limitada a 7 dias corridos ou 10 intercalados em um período de 30 dias).

A equipe técnica mínima para atendimento de 40 pacientes, por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e oito profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por um profissional de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico), três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço e um profissional de nível médio da área de apoio.

CAPSi: para municípios com população acima de 200.000 habitantes. Atende crianças e adolescentes, funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, em dois turnos, mas pode ter um terceiro período até as 21 horas. Deve oferecer

atendimento individual, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça.

A equipe técnica mínima para atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes, por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia, será composta por um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e cinco profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

CAPSad: para municípios com população acima de 70.000 habitantes. Atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, funciona de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas, em dois turnos, mas pode ter um terceiro período até as 21 horas, manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. Deve oferecer atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias e atendimento de desintoxicação.

A equipe técnica mínima para atendimento de 25 pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 pacientes/dia, será composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

Os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, capacitação e apoio ao trabalhador dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais, já que são elas que atuam efetivamente na comunidade (BRASIL, 2004), todos os CAPS oferecem refeições dependendo do tempo de permanência no serviço.

Vários municípios de menor porte não possuem CAPS, mas têm ambulatórios. Por isso é necessária a articulação desses serviços com a atenção básica para que as equipes dos ambulatórios se desloquem de seus espaços tradicionalmente institucionalizados e passem a realizar um trabalho em conjunto com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2007).

Tanto a atenção básica quanto a saúde mental, fazem parte do SUS, que é o modelo de atenção do Brasil. Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, onde esta é definida como “direito de todos e dever do Estado”, no artigo nº 196 da Constituição Federal de 1988, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1991 (BRASIL, 2004).

c- Programas de Apoio

São auxílios fornecidos pelo governo que complementam o trabalho de ressocialização dos portadores de transtornos mentais.

Dentre os programas podemos citar: Residências Terapêuticas, Programa de Volta para Casa, LOAS, medicação de alto custo e até vale transporte, cestas básicas, dependendo do município.

2- Família e demais elementos de suporte social

Segundo Schrank e Kantorski (2003), a família como meio social onde as pessoas nascem e crescem exerce forte influência na maneira como elas interpretam o mundo. É a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano e social.

O ser humano não vive sozinho, mas num contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima, assim, com vistas a um cuidado mais efetivo, já não se cuida somente das pessoas, mas da família e dos seus membros (WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006).

Cada família traz consigo uma história de vida, valores, crenças, conceitos e culturas, em todas se perpetua a idéia de que sua linhagem genética deve ser saudável, preparada para assumir papéis sociais e o mercado de trabalho (MORASKI; HILDEBRANDT, 2005).

A ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como é o caso da doença mental, gera uma série de respostas nas pessoas, principalmente entre aquelas do convívio familiar.

De acordo com Furegato, Santos, Nievas e Silva (2002) e Colvero, Ide e Rolim (2004), a convivência com o portador de transtornos mentais é marcada por sentimentos de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações; o paciente pode apresentar atitudes agressivas, manifestar perturbações do afeto, da vontade, sendo constante a expectativa de que algo possa acontecer a qualquer momento, gerando vários tipos de sobrecarga nos familiares.

Além do mal físico, a doença mental altera a rotina das pessoas, não só do doente, mas de todos que o cercam, já que estes muitas vezes param de estudar, trabalhar, aumentam os gastos com tratamento, remédios e médicos. Quando um de

seus membros apresenta uma perturbação, a família pode adoecer junto, visto que sua estrutura é abalada (KOGA; FUREGATO, 1999; PAULA; FUREGATO; SCATENA, 2000; MORASKI; HILDEBRANDT, 2005). Mesmo assim, a assistência psiquiátrica, durante muitos anos apontou para a impossibilidade da família estar junto, conviver, cuidar do doente mental. Ela foi excluída por ser considerada causadora da doença, por atrapalhar o tratamento proposto ou por delegar a outros os cuidados, por desconhecimento de não saber agir frente às manifestações da doença (CORVELO; IDE; ROLIM, 2004; SPADINI; SOUZA, 2006).

O sofrimento, o sentimento de fracasso, a culpa já existente na família, associados à sua história de exclusão do espaço terapêutico, acabam reforçando o abandono dos pacientes e comprometendo todo o tratamento.

No Brasil, bem como em vários países do mundo, vêm ocorrendo mudanças nas políticas de saúde. A assistência ao doente mental, que apresentava-se centrada nos hospitais psiquiátricos, onde a atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas, com o advento da Reforma Psiquiátrica, passa a ser baseada na desinstitucionalização e reabilitação do paciente, através do fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e da criação de serviços que possibilitem a reinserção social dos indivíduos com transtorno mental e a família passa a ser vista como essencial à construção desse processo (SOUZA; PEREIRA; SCATENA, 2002; GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003; COIMBRA; GUIMARÃES; SILVA; KANTORSKI; SCATENA, 2005; SOARES; SAEKI, 2006).

A política de saúde mental, ao incentivar a criação de serviços alternativos ao modelo asilar, evidencia a necessidade de inclusão da família do paciente psiquiátrico no tratamento, tanto para dar suporte ao membro doente quanto para

ela mesma receber cuidados específicos (BRASIL, 2002, 2004; OLIVEIRA; LOYOLA, 2004).

A doença mental carrega consigo a marca da cronificação e do preconceito. A vivência do adoecer faz a família procurar os serviços de saúde mental, buscando entender o que seu ente querido está apresentando. Por isso, os profissionais de saúde devem estar aptos a atuar de acordo com a realidade das novas políticas assistenciais, ajudando a família a formular estratégias para melhorar a qualidade de vida da pessoa doente, assim como do grupo familiar (FUREGATO; SANTOS; NIEVAS; SILVA, 2002).

Segundo Ângelo (1999), os profissionais precisam estar sensibilizados para reconhecer a família como um fenômeno complexo que demanda apoio em tempos de dificuldade (doença) e precisa muitas vezes ser considerada o foco da atenção. Essa sensibilidade, não se trata de sentimentalismo, mas de uma disposição interna para agir, uma vontade, estimulada pela inteligência que confere a capacidade de desenvolver conhecimento, não exclusivamente acadêmico, mas proveniente da reflexão sobre a realidade, o cotidiano da família.

A família precisa estar preparada para conviver com a pessoa que adoece e para receber o doente que retorna para casa após a internação, é necessário que ela se sinta segura com relação aos serviços e profissionais da saúde. Ela necessita de esclarecimento referente à patologia, os tratamentos, bem como orientações sobre o relacionamento com o doente. Só assim, os familiares poderão ser protagonistas do processo de acolhimento, de reinserção e reabilitação psicossocial do doente mental.

Uma família consciente de suas responsabilidades e que entende a doença com seus sinais e sintomas, consegue construir mudanças e crescer em resposta às

desordens psiquiátricas de um de seus membros. A essa capacidade de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las, dá-se o nome de Resiliência da Família (PINHEIRO, 2004).

No geral, os estudos sobre família enfatizam os aspectos deficitários e negativos da convivência familiar, o interesse pela resiliência em famílias vem contribuir para redirecionar esse ciclo de raciocínio, com o foco nos aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar, ao invés de destacar apenas seus desajustes e falhas (YUNES, 2003).

Os portadores de transtorno mental, ao longo da história, já foram considerados seres especiais com o dom de se comunicar com deuses e o sobrenatural, outras vezes pessoas possuídas pelo demônio que mereciam ser queimadas e torturadas, e com o mercantilismo passaram a ser um peso para a sociedade, improdutivos, ociosos, muitas vezes com comportamentos imorais. Somando-se às dificuldades da família de lidar com os sinais e sintomas da doença, a saída encontrada foi a retirada dos doentes mentais da sociedade e destituindo-os de sua cidadania.

A institucionalização dos doentes, deixava-os cada vez mais distantes dos seus familiares e do convívio social.

Com o tempo e a falta de resultados positivos, essa forma de tratamento passou a ser questionada, surgindo daí o movimento denominado desinstitucionalização, sugerindo que o doente mental deveria ter opção de tratamento e o direito de decidir sobre a sua própria internação, para que a mesma não seja realizada compulsoriamente (BARROS, 1994; PITTA, 1996).

Com os ideais da Reforma Psiquiátrica, o portador de transtornos mentais se vê frente a uma nova realidade onde além de ter que aprender a lidar com os sinais

e sintomas da doença, ainda tem que enfrentar uma série de outros problemas que esta traz consigo, como o descrédito da sociedade e família, o preconceito, o isolamento, a negação da doença, os efeitos colaterais dos medicamentos, a interrupção de um projeto de vida e toda uma mudança de rotina.

Para Saraceno (1998), os elementos que mais determinam o andamento de uma enfermidade mental estão tanto no tratamento que o sujeito recebe, quanto no tipo de serviço que o atende.

Nos CAPS os pacientes recebem, não só o tratamento medicamentoso, mas um projeto individualizado com terapias psicossociais, atividades que valorizam suas capacidades individuais, convivência e relacionamento, auto-cuidado e sua participação ativa no tratamento (OSINAGA; FUREGATO; SANTOS, 2007).

A reabilitação psicossocial oferecida pelo serviço deve visar a não exclusão do portador de sofrimento psíquico, tentando entendê-lo como um indivíduo único, inserido em um contexto, com vivências próprias e que necessita de uma abordagem terapêutica que o ajude a continuar inserido na sociedade apesar do acometimento da doença (SARACENO, 1998).

A família não é mais vista como vítima ou cúmplice da psiquiatria e sim como protagonista do processo de tratamento, assim a família é despojada de culpabilização e atua como co-participantes na reabilitação, seus membros podem efetivamente resolver problemas, intervir nas crises e promover a recuperação (HIRDES, 2000).

O trabalho de reabilitação precisa integrar paciente e família, onde ambos terão que conhecer e aprender a lidar com os sinais e sintomas da doença, que incluem muitas vezes uma mudança de personalidade e identidade, alucinações, delírios, perturbações na forma e no curso dos pensamentos, agitação,

comportamentos bizarros, negligencia nos cuidados pessoais, agressividade, depressão, isolamento social, o que geram mudanças na rotina, na qualidade de vida, no orçamento da casa, nas perspectivas para o futuro e na própria saúde, tanto do paciente quanto da família.

Para o sucesso do tratamento é necessário sensibilizar, educar, orientar e apoiar o paciente, estabelecendo vínculos de confiança entre profissionais, pacientes e familiares, é necessário que cada um esteja consciente do seu papel, buscando a promoção da saúde, preocupando-se em reabilitar e reincluir o paciente em seu contexto social.

III- OBJETIVOS:

- Caracterizar a população atendida, no CAPS de Pindamonhangaba-SP, quanto às suas percepções da doença, do tratamento e suas implicações psicossociais.
- Compreender como portadores e seus familiares encaram sua convivência com a doença mental.

IV- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1- Tipo de estudo

Optou-se pela pesquisa descritiva, através da qual os dados foram coletados, analisados, classificados e interpretados.

No estudo descritivo, um dos objetivos importantes é a identificação de problemas a serem estudados utilizando-se métodos analíticos, sugerindo áreas de interesse para investigação.

2- Local de estudo

O presente estudo foi realizado no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de Pindamonhangaba-SP.

A cidade registra uma população de aproximadamente 136.000 habitantes. Possui dois hospitais gerais, cinco unidades de pronto atendimento e pronto socorro, duas unidades básicas de saúde (UBS), 21 equipes do Programa de Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O CAPS de Pindamonhangaba possui uma equipe constituída por um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, uma auxiliar de serviços de limpeza, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, três psicólogas (sendo uma delas gerente do CAPS) e dois psiquiatras.

O horário de funcionamento é das 08:00 às 18:00 horas. O usuário é inserido no serviço através de acolhimentos da rede básica, pela comunidade, pela família ou por demanda espontânea.

Dependendo da condição do paciente, ele pode receber diferentes modalidades de tratamento. No período da coleta de dados, o CAPS de

Pindamonhangaba possuía 137 usuários cadastrados, sendo 31 na modalidade de tratamento intensivo, 50 semi-intensivos e 56 não-intensivos.

O CAPS oferece aos seus usuários atendimento psiquiátrico e psicológico (individual e em grupos), visitas domiciliares, orientação de terapia ocupacional e cuidados de enfermagem.

Oferece também oficinas de expressão, trabalhos manuais, pintura, vídeos, alfabetização, psicodrama, datas comemorativas, dança, ressocialização e higienização. Todas apontam para espaços de criação, expressão e comunicação, contribuindo para a construção e/ou resgate de sua história e sua identidade.

A programação semanal de atividades do CAPS é:

- Segunda-feira: Manhã – grupo reencontro
Tarde – reunião de família e alfabetização
- Terça-feira: Manhã – grupos movimento e educação e saúde
Tarde - grupo vida
- Quarta-feira: Manhã – oficina de artesanato e grupo fenix
Tarde – alfabetização e tarde de lazer
- Quinta-feira: Manhã – reunião de equipe
Tarde – grupo de alta
- Sexta-feira: Manhã – grupo de fim de semana
Tarde – alfabetização e reunião de pacientes e suas famílias

O atendimento médico psiquiátrico acontece nas segundas e sextas-feiras de manhã e de tarde e às terças e quartas-feiras de manhã, nas quintas-feiras, todos os profissionais do CAPS se reúnem para discutir casos e traçar novas estratégias.

3- Participantes do estudo

A escolha dos pacientes e familiares para fazerem parte do estudo foi intencional.

Critérios de seleção do paciente: foram considerados os pacientes em tratamento no CAPS há mais de um mês, inseridos na modalidade de tratamento intensivo e semi-intensivo, no momento da coleta, maiores de 18 anos e que apresentassem condições de responder ao questionário. Foram excluídos deste estudo os pacientes em tratamento não-intensivo, devido ao distanciamento da rotina do serviço e por estarem com maior controle da doença sem a necessidade de atenção diária.

Critérios de seleção do familiar: foram considerados para efeito de seleção o familiar que, no momento da coleta de dados compareceu ao serviço acompanhando o paciente, durante a consulta médica ou para atividade em grupo.

Outro critério importante consistiu na concordância em participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Informado, um para o paciente (APÊNDICE A) e outro para o familiar (APÊNDICE B).

4- Aspectos éticos

Seguindo os preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, processo nº 0942/2008.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado em duas vias, se refere ao consentimento pessoal dos entrevistados, após terem sido devidamente

esclarecidos dos objetivos da pesquisa, sua forma de participação e uso de suas informações.

As informações obtidas serão utilizadas somente ao fim deste estudo, preservando o sigilo das informações e assegurando a integridade física e psicológica dos participantes.

5- Coleta de dados

À partir de uma entrevista estruturada com pacientes e familiares, cada um respondendo a um questionário próprio, nos meses de setembro e outubro de 2008. Com os pacientes durante o período de permanência no serviço e com a família antes ou logo após as reuniões de família no CAPS.

A cada entrevista eram explicados os objetivos da pesquisa, a forma como a pessoa participaria do estudo, bem como o uso das informações por ela cedidas. A seguir lhe era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deveria ser assinado caso concordasse em participar da pesquisa.

Para algumas famílias foram agendados outros horários para comparecer ao serviço e responder ao questionário.

6- Instrumento de coleta

Os instrumentos de coleta utilizados foram 2 questionários, com perguntas fechadas um para o paciente (APÊNDICE C) e outro para a família (APÊNDICE D). Ambos elaborados com base na literatura, contendo questões estruturadas atendendo as variáveis do estudo como: identificação dos sujeitos, dados sociodemográficos, aspectos clínicos, formas de enfrentamento, satisfação dos

familiares e pacientes com relação ao serviço, apoio da equipe, expectativas, opinião sobre o cuidado e sobrecarga.

7- Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados e os resultados foram submetidos à análise estatística comparando-se as posições dos usuários e de seus familiares frente ao cuidado relacionados aos aspectos clínicos, demográficos e do ambiente. Foram aplicados os Testes do Qui-quadrado (χ^2) e o de Fisher. A discussão teve por base a literatura sobre o tema.

V- RESULTADOS

No momento da coleta de dados (setembro a outubro de 2009), estavam cadastrados no CAPS de Pindamonhangaba 31 pacientes em tratamento intensivo e 50 semi-intensivos.

Foram excluídos da amostra os pacientes com tempo de tratamento no CAPS inferior a um mês (3) e em surto (6), pois não apresentavam condições de responder ao questionário. Além disso, 7 não foram encontrados para a entrevista.

Dentre os familiares, 3 recusaram-se a responder o questionário, outros 13, mesmo sendo procurados pela entrevistadora por telefone recusaram-se a participar ou não compareceram ao serviço na data agendada, 12 não foram encontrados.

As respostas do vizinho de uma paciente foram tabuladas, considerando-o como familiar. O curador ou cuidador mesmo não sendo uma unidade biológica e natural, mas por interagir, vivenciar situações, ter perspectivas e desenvolver habilidades para assumir o papel de cuidador, conforme defendido por Bousso e Ângelo (2001), pode ser considerado no grupo de familiares para efeito de estudo.

Para este estudo, foram entrevistados no CAPS de Pindamonhangaba, 65 pacientes e 53 familiares.

De um modo geral, foram consideradas as respostas de todos os pacientes e de todos os familiares, exceto na comparação dos pares (47), onde foram desconsiderados os familiares que não tinham pacientes correspondentes e vice versa.

Os dados do estudo permitem a identificação de cada grupo, a opinião de cada um sobre a doença bem como o tratamento e as implicações psicossociais.

1- Identificação

A idade dos pacientes (50% mulheres), variou de 19 a 61 anos, estando a maioria (80%) na faixa dos 31 aos 60 anos. Entre os familiares (77% mulheres), a idade variou de 21 a 79 anos, tendo a maioria (75%) mais de 46 anos de idade.

Dentre os pacientes, um era analfabeto, 52% tinham ensino fundamental completo/incompleto, 38% ensino médio completo/incompleto e 8% ensino superior completo/incompleto. Entre os familiares, 7% eram analfabetos, 53% tinham ensino fundamental completo/incompleto, 30% ensino médio completo/incompleto e 9% ensino superior completo/incompleto.

Quanto à ocupação, apenas 6% dos pacientes trabalham e entre os familiares 36% trabalham.

Tanto dos pacientes quanto dos familiares, dois grupos se destacam no que se refere à religião: os católicos (60% dos pacientes e 64% dos familiares) e os evangélicos (28% dos pacientes e 26% dos familiares). Entretanto, 46% do total de pacientes alegam não ser praticantes enquanto que dos familiares esse número cai para apenas 15%.

Tabela 1 – Caracterização dos pacientes e familiares, atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo idade, escolaridade, trabalho e religião.

Variável	Paciente		Familiar	
	Frequência	%	Frequência	%
Idade				
18 a 30 anos	11	16,9	5	9,4
31 a 45 anos	28	43,1	8	15,1
46 a 60 anos	24	36,9	24	45,3
61 e mais	2	3,1	16	30,2
Escolaridade				
Analfabeto	1	1,5	4	7,5
Ensino Fundamental Incompleto	28	43,1	19	35,8
Ensino Fundamental Completo	6	9,2	9	17,0
Ensino Médio Incompleto	9	13,9	3	5,7
Ensino Médio Completo	16	24,6	13	24,5
Ensino Superior Incompleto	3	4,6	3	5,7
Ensino Superior Completo	2	3,1	2	3,8
Trabalho atual				
Sim	4	6,1	19	35,9
Não	61	93,9	34	64,1
Religião				
Católico	39	60,0	34	64,1
Evangélico	18	27,7	14	26,4
Espírita	3	4,6	3	5,7
Adventista	1	1,5	1	1,9
Sem religião	4	6,2	1	1,9
Praticante				
Sim	35	53,9	45	84,9
Não	30	46,1	8	15,1
Total	65	100	53	100

O Paciente

Os dados foram obtidos exclusivamente através da entrevista com os pacientes e familiares atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, durante os meses de Setembro e Outubro de 2009, sem qualquer comprovação clínica ou documentada. Assim, dois grupos destacaram-se, quanto ao diagnóstico: o da esquizofrenia (37% dos pacientes) e o do transtorno bipolar (25% dos pacientes), porém, do total de pacientes, 32% disseram não saber o próprio diagnóstico.

Quanto à idade de início da doença, 9% disseram ter sido antes dos 30 anos, 49% disseram ter sido dos 31 aos 45 anos e 42% responderam acima dos 46 anos.

Disseram estar em tratamento no CAPS há mais de 3 anos, 45% dos pacientes. Dos que participaram da pesquisa 65% estavam em tratamento semi-intensivo.

A respeito de internações anteriores, os dados mostram que 31% dos pacientes nunca foram internados, 17% sofreram mais de 10 internações; dentre os esquizofrênicos, 25% sofreram mais de 10 internações.

Nos últimos anos e, como parte da assistência em reabilitação psicossocial, os pacientes têm recebido benefícios, aposentadorias e medicação de alto custo, porém apenas 46% dos pacientes entrevistados usufruem de algum tipo de aposentadoria. Entre os esquizofrênicos 54% recebem aposentadoria e entre os portadores de transtorno bipolar, apenas 37%.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo diagnóstico, idade de início da doença, tempo de tratamento no CAPS, classificação da terapêutica, número de internações e recebimento de benefícios.

Variável	Frequência	%
Diagnóstico		
Esquizofrenia	24	37,0
Transtorno Bipolar	16	24,6
Borderline	2	3,1
Depressão	1	1,5
Transtorno Delirante	1	1,5
Não Sabe	21	32,3
Idade de Início da Doença		
18 a 30 anos	6	9,2
31 a 45 anos	32	49,2
46 a 60 anos	14	21,6
61 e mais	7	10,8
Não souberam informar	6	9,2
Tempo de Tratamento no CAPS		
Menos de 1 ano	11	16,9
1 a 2 anos	8	12,3
2 a 3 anos	17	26,2
3 e mais	29	44,6
Terapêutica		
Intensivo	23	35,4
Semi-intensivo	42	64,6
Número de Internações		
Nenhuma	21	32,3
Uma	11	17,0
Duas	6	9,2
Três	6	9,2
Quatro	8	12,3
Cinco	1	1,5
Oito	1	1,5
Mais de Dez	11	17,0
Benefício		
Sim	30	46,1
Não	35	53,9
Total	65	100

O Familiar

Dos familiares entrevistados, a parcela mais representativa foi a dos pais com 43% (87% desses são mães), seguida dos irmãos com 28%. Entretanto, quando questionados sobre sua participação nas atividades do CAPS, 67% dos irmãos disseram freqüentar as reuniões de família e as consultas médicas e entre os pais, apenas 56% afirmaram participar das atividades.

Tabela 3 – Caracterização dos familiares de pacientes atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, segundo o grau de parentesco e participação em atividades no CAPS.

Variável	Frequência	%
Parentesco		
Pais	23	43,4
Irmãos	15	28,3
Cônjuges	7	13,2
Filhos	3	5,7
Outros familiares	4	7,5
Vizinho	1	1,9
Participantes em atividades do CAPS		
Sim	29	54,7
Não	24	45,3
Total	53	100

2- Doença e Tratamento

Comparando as respostas de pacientes e familiares com relação ao seu grau de conhecimento sobre a doença, o teste de Fisher foi positivo (0,013). Entre os familiares, 43% disseram conhecer bastante ou tudo da doença, enquanto que entre os pacientes 49% dizem conhecer pouco ou nada da própria doença, independente da escolaridade.

A necessidade do tratamento é reconhecida tanto pelos familiares quanto pelo paciente: 51% dos familiares responderam que o paciente precisa bastante do tratamento e 32% disseram que o paciente precisa totalmente do tratamento; 29% dos pacientes responderam que precisam bastante do tratamento e 28% dizem precisar totalmente. Nesse caso, também o teste de Fisher foi positivo (0,023).

Como se observa na Tabela 4, a maioria tanto dos pacientes quanto de familiares, também concorda que o tratamento ajuda o paciente e a família.

Tabela 4 – Distribuição de pacientes e familiares atendidos no CAPS II de Pindamonhangaba, quanto à importância do tratamento.

Variável	Paciente		Familiar	
	Frequencia	%	Freqüência	%
Tratamento ajuda o paciente				
Nada	1	1,5	0	0,0
Pouco	2	3,1	1	1,9
Mais ou menos	9	13,9	6	11,3
Bastante	39	60,0	31	58,5
Tudo	14	21,5	15	28,3
Tratamento ajuda a família				
Nada	4	6,1	0	0,0
Pouco	3	4,6	4	7,5
Mais ou menos	6	9,2	3	5,7
Bastante	43	66,2	31	58,5
Tudo	9	13,9	15	28,3
Total	65	100	53	100

Cruzando os dados das questões: satisfação com a atenção recebida e o quanto essa atenção melhora a vida dos familiares, o Teste do χ^2 deu positivo (0,00), ou seja, quanto mais satisfeito com a atenção, mais os familiares sentem que sua vida melhorou.

A grande maioria dos pacientes (86%) e dos familiares (91%), mostrou-se totalmente ou bastante satisfeita com a atenção que recebem dos profissionais de saúde mental.

3- Implicações Psicossociais

Pacientes e familiares concordam que a doença mudou bastante ou totalmente a vida do doente e da família, porém, quando questionados sobre quanto o paciente aproveita a vida, 66% dos familiares acreditam que aproveitam pouco ou nada enquanto que 41% dos pacientes disseram aproveitar bastante ou tudo. Com relação ao quanto a família aproveita a vida, tanto pacientes (68%) quanto familiares (43%) concordam que a família consegue aproveitar bastante ou tudo da vida. O Teste de Fisher foi positivo para ambas as correlações (0,001 e 0,015).

Interessante destacar que 68% dos pacientes referem pouca ou nenhuma dificuldade para realizar suas atividades diárias. Entretanto, os familiares (51%) acreditam que os pacientes têm bastante ou total dificuldade na realização de suas atividades diárias. O Teste de Fisher deu positivo (0,002) para este cruzamento.

Apesar das dificuldades e problemas enfrentados, familiares e pacientes mostraram-se otimistas com relação ao futuro (F=64% e P=68%) e satisfeitos com a vida (F=75% e P=51%).

Com relação à religião, 34% dos pacientes que responderam que antes da doença consideravam que a religião influenciava bastante, passaram a achar que a

religião influencia pouco ou nada. Entre os familiares o resultado foi contrário, ou seja, 59% dos familiares que consideravam que a religião influenciava pouco ou nada, passaram a acreditar que influencia bastante ou tudo. Para ambos os cruzamentos, o Teste de Fisher deu positivo (0,015 e 0,000).

A família foi questionada quanto à sobrecarga gerada pela doença, 62% responderam que se sentem bastante ou totalmente sobrecarregados. Especificamente, quanto aos gastos, trabalho, amizades, religião e convivência com parentes, os familiares não se sentem tão sobrecarregados. Com relação à rotina da casa e ao lazer, os mais velhos, acima dos 46 anos, que são a maioria (75%), disseram se sentir bastante ou totalmente sobrecarregados. Nesta variável, o Teste do χ^2 foi positivo (0,037).

No geral, 51% dos entrevistados disseram sentir pouca ou nenhuma sobrecarga com relação aos gastos, porém, 57% dos cônjuges disseram se sentir bastante sobrecarregados.

Outros Cruzamentos

A esquizofrenia teve alta prevalência na faixa etária dos menores de 30 anos em tratamento, com 54% dos pacientes entrevistados. Entretanto, entre os que não sabem seu diagnóstico, a maioria (52%) tem mais de 46 anos. Na idade também aparece influência quanto ao recebimento de benefício, 60% dos pacientes que recebem benefícios têm mais de 46 anos (Teste do $\chi^2=0,017$).

Os mais velhos mostraram-se mais participativos nas atividades do CAPS do que os mais novos; 69% dos entrevistados com idades entre 18 e 45 anos disseram não participar das atividades do CAPS, enquanto que 62% com idades entre 46 e mais de 60 anos participar das atividades.

Dos 21 pacientes que não sabem seu diagnóstico, 17 (81%) somente cursaram até o ensino fundamental. Nessa população encontra-se a maioria dos que fazem tratamento há mais de 3 anos.

Em particular, um grupo se destaca na população de pacientes entrevistados, são os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, com 24 do total de 65 pessoas (sendo que 21 não sabem seu diagnóstico); desses, apenas um trabalha, mesmo 13 tendo ensino médio completo ou incompleto e ensino superior incompleto. Observa-se que 13 (54%) recebem algum tipo de benefício, enquanto que dos pacientes com diagnóstico de transtorno bipolar, apenas 6 de 16 (37%) recebem benefícios. No geral, 51% dos pacientes disseram estar bastante ou totalmente satisfeitos com a vida, porém, dos esquizofrênicos apenas 10 (42%) se dizem satisfeitos.

As duas populações de familiares mais significativas eram constituídas por pais (43%) e irmãos (28%) de pacientes proporcionalmente. Estes são os que mais participam das atividades no CAPS. Dos familiares que não trabalham, a maioria (62%) participam das atividades.

Dos pacientes que se disseram praticantes de alguma religião, 57% afirmam estar bastante ou totalmente satisfeitos com a vida, enquanto que dos que não freqüentam nenhuma religião foram apenas 43%.

Dos pacientes em tratamento no CAPS há mais de 3 anos, 45% disseram conhecer pouco ou nada sobre sua doença e 59% afirmam precisar bastante ou totalmente do tratamento.

Dos 65 pacientes entrevistados, 11 fazem tratamento há menos de um ano e algumas respostas desse pequeno grupo se destacaram: com relação à satisfação com a vida, 45% dessa parcela da população disse estar pouco ou nada satisfeito com a vida enquanto que no total foram apenas 28%; dos pacientes em geral,

apenas 29% afirmam aproveitar pouco ou nada a vida, mas na população com menos de um ano de tratamento, esse número sobe para 64%.

O Teste do χ^2 deu 0,022 quando cruzados os dados de número de internações com recebimento de benefícios. Entre aqueles que disseram não ter nenhuma, uma, duas ou três internações, a maioria não recebe nenhum tipo de benefício. Entretanto, entre os que responderam ter quatro, cinco, oito ou mais internações, a maioria recebe benefício.

Comparando os dados de sobrecarga da família em relação à necessidade de tratamento do paciente, o Teste do χ^2 também deu positivo (0,013), ou seja, quanto mais os familiares se sentem sobrecarregados, mais acreditam que o paciente precisa de tratamento.

Tanto os familiares quanto os pacientes concordam que quanto mais o tratamento ajuda o paciente, mais ajuda a família (Teste do $\chi^2 = 0,000$). Da mesma forma, quanto mais apoiada a família se sente, mais satisfeito com a atenção recebida o paciente fica (Teste do $\chi^2 = 0,000$). Quanto mais satisfeitos, mais otimistas com relação ao futuro (Teste do $\chi^2 = 0,022$).

O Teste do χ^2 (0,032) mostrou também que um tratamento que ajuda a família reflete-se na satisfação do paciente com a vida; mesmo a maioria dos pacientes concordando que a doença muda bastante coisa no seu cotidiano, eles se sentem satisfeitos com a vida.

A família que se sente sobrecarregada afirma que o paciente aproveita menos a vida (Teste do $\chi^2 = 0,001$) e tem mais dificuldade em realizar suas atividades.

Outro resultado interessante do teste é que mesmo se sentindo bastante ou totalmente sobrecarregados, os familiares se mostram otimistas com relação ao futuro (Teste do $\chi^2 = 0,023$).

Quanto mais a família aproveita a vida, mais satisfeita ela se sente (Teste do $\chi^2 = 0,000$) e quanto menos ela aproveita, mais se sente sobrecarregada (Teste do $\chi^2 = 0,001$). Interessante observar que apesar da família se sentir bastante ou totalmente sobrecarregada ela também se sente bastante ou totalmente satisfeita com a vida (Teste do $\chi^2 = 0,014$).

Os resultados de cruzamentos mais significativos relacionados à sobrecarga podem ser resumidos da seguinte forma:

- sobrecarga da família com sobrecarga na rotina da casa – aqueles que se sentem bastante ou totalmente sobrecarregados também sentem bastante ou totalmente sobrecarregados com relação à rotina da casa ($\chi^2 0,020$);
- sobrecarga na rotina com sobrecarga nos gastos - quanto mais sobrecarga na rotina, mais sobrecarga nos gastos ($\chi^2 0,033$);
- sobrecarga no trabalho com sobrecarga nas amizades - quanto menos sobrecarga no trabalho, menos sobrecarga nas amizades ($\chi^2 0,029$);
- sobrecarga na rotina com sobrecarga no lazer - os mais sobrecarregados na rotina da casa são os mais sobrecarregados no lazer ($\chi^2 0,000$).

Através da comparação dos pares, verificou-se que, independente do grau de parentesco ou da escolaridade, a maioria diz que se sente bastante ou totalmente sobrecarregada, mas mesmo com a grande sobrecarga que possuem, a família está satisfeita com o tratamento recebido no CAPS (Fisher 0,037).

VI- DISCUSSÃO

O que chama a atenção na identificação dos pacientes é o fato de que só foram entrevistados pacientes com mais de um mês de tratamento, mesmo assim, um terço deles não souberam informar o próprio diagnóstico.

Outro fato interessante é o destaque de dois grupos de diagnóstico, os esquizofrênicos e os portadores de transtorno bipolar.

A esquizofrenia é uma síndrome complexa que compreende manifestações psicopatológicas variadas, do pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento, o que compromete a vida de relação do seu portador (SHIRAKAWA, 2000; SADOK; SADOK, 2008). É o diagnóstico mais comumente encontrado nos CAPS. No presente estudo a esquizofrenia corresponde a 37% dos pacientes, sem contar com os prováveis esquizofrênicos que não sabiam o próprio diagnóstico. Resultados semelhantes foram encontrados por Andreoli, et al. (2004), onde 38% dos pacientes atendidos no CAPS de Santos eram esquizofrênicos.

O transtorno bipolar ou distúrbio bipolar foi o segundo diagnóstico mais encontrado na amostra. Segundo o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) e Alda (1999), é uma forma de transtorno de humor caracterizado pela variação extrema do humor entre uma fase de mania ou hipomania, hiperatividade e grande imaginação alternado por uma fase de depressão com inibição do comportamento, lentidão para conceber idéias e realizar atividades, acompanhado de ansiedade ou tristeza.

A grande maioria dos pacientes deste estudo têm entre 31 e 60 anos, isso porque com relação à esquizofrenia (37% dos pacientes), apesar dos primeiros sinais e sintomas se iniciarem mais cedo, geralmente no começo da vida adulta, o

paciente só é encaminhado ou só procura a ajuda do CAPS depois de ter procurado outros serviços como ambulatórios, psicólogos, psiquiatras, neurologistas ou até clínicas de internação após crise. São acolhidos no CAPS quando o transtorno se encontra numa fase mais crônica e controlada.

Os familiares encontram-se numa faixa etária mais elevada (a maioria com mais de 46 anos) provavelmente porque grande parte são pais dos pacientes. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007).

A grande maioria dos familiares cuidadores eram do sexo feminino e quanto ao grau de parentesco eram mães dos pacientes, população semelhante foi encontrada nos estudos de Gonçalves e Sena (2001), Teixeira (2005) e Pegoraro e Caldana (2008).

Na maioria das vezes, o cuidado é exercido por mulheres da família e quando pertencem às camadas populares, além de cuidar do portador de transtornos mentais, ainda são responsáveis pela limpeza da casa, alimentação da família e cuidados com crianças e idosos (GONÇALVES; SENA, 2001; PEREIRA, 2003; PEGORARO; CALDANA, 2008).

O grau de escolaridade dos pacientes se mostrou bem elevado, porém apenas 4 pacientes trabalham, como ajudante em serviço geral, auxiliar de limpeza, doceira e em uma caldeiraria. No estudo de Pegoraro e Caldana (2008), nenhum participante trabalhava no momento da coleta de dados e os que haviam exercido atividade remunerada, haviam-na abandonado mediante o aparecimento da doença.

O trabalho não foi considerado uma sobrecarga pela família, porém para o próprio paciente, segundo Leão e Barros (2008), o desemprego representa uma

forma de exclusão social, foi referida como uma carga de frustração muito grande para o paciente.

Dos pacientes esquizofrênicos, que são mais de um terço da amostra, apenas um trabalha, sendo que mais da metade deles possui ensino médio completo/incompleto e ensino superior incompleto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a esquizofrenia é considerada a doença mental mais incapacitante, seguida da depressão unipolar e do transtorno bipolar.

O transtorno mental traz dificuldades de relacionamento, de memorização, mudanças de humor, sinais e sintomas que dificultam o ingresso ou a manutenção de um emprego fixo. Carregam consigo também o preconceito e o descrédito, além dos efeitos colaterais dos medicamentos, como sonolência, tremores, desconfortos intestinais, salivação excessiva, moleza (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

Outra dificuldade encontrada é que os pacientes entrevistados estavam inseridos nas modalidades de tratamento intensivo ou semi-intensivo e, por isso, necessitavam comparecer com uma certa frequência ao serviço.

A modalidade de tratamento intensivo exige que o paciente compareça diariamente ao serviço, em tempo integral. Isso ocorre geralmente quando em situações de crise ou dificuldades de convívio social e familiar. O atendimento semi-intensivo é necessário quando a pessoa já apresenta um quadro de melhora no relacionamento, porém ainda necessita de atenção da equipe, freqüentando a instituição três vezes na semana.

Levando-se em consideração essas limitações, dentre outros fatores, como diagnóstico e número de internações, quase metade dos pacientes recebe algum tipo de benefício, como aposentadoria. Na população de esquizofrênicos esse

número passa da metade, e é esse grupo que apresenta as maiores frequências de internações, sendo que um quarto deles teve mais de 10 internações.

Já os portadores de transtorno bipolar encontram maior dificuldade em conseguir a aposentadoria, pouco mais de um terço recebe esse benefício e seu número de internações é menor.

Entre os familiares, nem um terço trabalha, dos que trabalham, a maioria é autônomo (comerciantes, manicure, empregadas domésticas, pedreiro). Além disso, foram referidas outras profissões como: motoboy, pastor, advogada, auxiliares de laboratório, de contabilidade e técnicos em eletrônica e informática. Dos familiares entrevistados, apenas 6 são aposentados, apesar da alta faixa etária da população (30% tem mais de 61 anos).

Apesar de poucos familiares trabalharem e da maioria dos que trabalham serem autônomos, somente a metade deles participa de alguma atividade do CAPS, especialmente nas reuniões de família (com e sem a presença do paciente). Comparecem também às consultas médicas. De acordo com o estudo de Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz e Bastos (2008), usuários e familiares concordam que a família tem uma forte influência no progresso do tratamento, através de sua participação, com ênfase para o seu papel afetivo, relacionado ao interesse e estímulo.

Interessante observar que mesmo reconhecendo os benefícios do tratamento a família ainda encontra dificuldades de interagir com o serviço. Isso ocorre também devido ao fato de que além das sobrecargas geradas pela doença, a família ainda tem que se dispor de tempo para comparecer ao serviço, tendo que locomover-se até lá. Deve-se considerar também que a maioria dos familiares têm idade superior a 46 anos.

As equipes têm resultados concretos na assistência em saúde mental, mas devem buscar interagir mais com a família. Trabalho semelhante, realizado no sul do país por Camatta e Schneider (2009), apresentou resultados parecidos, corroborando com os achados.

As oficinas desenvolvidas nos CAPS, ajudam o paciente no seu processo de ressocialização e conhecimento da própria doença com seus sinais e sintomas. Segundo Bechelli e Santos (2005), as mudanças no processo psicoterápico devem ter origem na própria pessoa; para isso, é necessário que haja uma conscientização do indivíduo de que o que deve ser alterado não está nas pessoas com quem convive, mas interiormente. Aceitar a responsabilidade pelas suas dificuldades não é o que está ao seu redor que precisa ser mudado, mas a sua própria pessoa e sua maneira de se relacionar consigo mesmo e com o mundo ao seu redor.

No CAPS de Pindamonhangaba além do atendimento psiquiátrico e psicológico (individual e em grupos), visitas domiciliares, orientação de terapia ocupacional e cuidados de enfermagem, existem as oficinas de expressão, trabalhos manuais, pintura, vídeos, alfabetização, psicodrama, datas comemorativas, dança, higienização e educação em saúde. Todas apontam para espaços de criação, expressão e comunicação, contribuindo para a construção e/ou resgate de sua história e sua identidade, bem como estimula sua autonomia em diversos aspectos.

O estabelecimento de vínculos facilita a parceria de equipe, usuários e família, em busca de um atendimento mais próximo das necessidades dos usuários e família. Atividades como as oficinas, as visitas domiciliares, eventos e festas comemorativas aprimoram as relações e possibilitam a troca de experiências e de ajuda, com uma atuação da equipe mais sensível à escuta, compreensão e construção de intervenções terapêuticas individuais respeitando a realidade

específica de cada um (SHIRAKAWA, 2000; SANTOS, 2006; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

A família participa das consultas médicas, realizadas mensalmente e de duas oficinas, uma onde familiares juntamente com os pacientes discutem problemas e dificuldades enfrentadas, o que fortalece as relações e diminuem os pontos de atrito nos relacionamentos e outra onde apenas os familiares se encontram para compartilhar experiências e dificuldades. Segundo Koga e Furegato (1990), a equipe de saúde deve proporcionar momentos de troca de experiências dos familiares nos diferentes serviços, oportunizando a aprendizagem mútua.

A enfermagem psiquiátrica deve envolver não só a pessoa do doente, mas tudo e todos que o cercam. O profissional deve ajudá-los a encontrar um significado para a experiência, essa concepção é fundamental para ajudar a família a aceitar a patologia e encontrar caminhos para enfrentá-la (TRAVELBEE, 1982; WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006).

O tratamento de portadores de transtornos mentais tem passado por grandes mudanças no Brasil e no mundo, com crescente valorização de tratamentos de base comunitária, buscando a reinserção social e melhora nas condições de vida, além de mera abolição de seus sintomas (BRASIL, 2002; 2004; SOUZA; COUTINHO, 2006). A saúde mental vem ganhando destaque na área da saúde e nas políticas públicas, já que está intimamente ligada à qualidade de vida e influencia diretamente a saúde física das pessoas.

De acordo com o manual de Legislação em Saúde Mental 1990-2004, (BRASIL, 2004), o CAPS deve oferecer, atendimento em grupos, visitas domiciliares, atividades comunitárias, atendimento à família, oficinas e projetos terapêuticos individuais, buscando suprir as necessidades particulares de cada um.

Apesar disso, devido aos preconceitos, às variações dos sinais e sintomas e à falta de exames que forneçam um diagnóstico preciso do transtorno mental, mesmo com anos de tratamento e com essa atenção individualizada, quase a metade dos pacientes responderam conhecer pouco ou nada da doença, dos familiares, quase a metade julga conhecer bastante ou tudo da doença, no estudo de Romagnoli (2006), todas as famílias entrevistadas apresentaram dificuldades em designar o diagnóstico e seu significado, o que os torna passivos frente ao tratamento, impedindo novas experiências e sua atuação no processo de construção de saberes.

Depois de vencida a barreira do preconceito é necessária a conscientização do paciente e do familiar sobre a necessidade do tratamento contínuo. As pessoas em geral buscam a cura e não se conformam com uma doença crônica, daí a importância de um trabalho bem estruturado do serviço que forneça as informações necessárias, que dê suporte ao paciente e à família nesse processo de conscientização e aceitação da doença (PITTA, 1996; SHIRAKAWA, 2000; BREDÁ, 2005). Os profissionais de saúde mental precisam apoiá-los para que encontrem significados em suas experiências, aceitem a doença e possam enfrentá-la (YUNES, 2003).

O serviço se mostrou eficiente na conscientização da necessidade do tratamento, já que mais da metade dos entrevistados que fazem tratamento há mais de três anos, afirmaram reconhecer que precisam bastante ou totalmente do tratamento. Porém menos da metade dessa população, apesar do tempo razoável de tratamento, respondeu que conhece pouco ou nada da doença.

Uma família consciente de suas responsabilidades e que entenda a doença com seus sinais e sintomas, consegue construir mudanças e crescer em resposta às desordens psiquiátricas de um de seus membros.

Tanto os profissionais da psiquiatria hospitalar quanto os de base comunitária estão tendo que rever suas práticas, em contato direto com o novo e o desconhecido, mais próximos do paciente, construindo um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, tendo que ressignificar o seu próprio saber (KODA; FERNANDES, 2007).

Nessa pesquisa a grande maioria dos entrevistados, tanto pacientes quanto familiares, disse estar totalmente ou bastante satisfeita com a atenção recebida dos profissionais do CAPS, o que reflete diretamente na melhora de sua qualidade de vida, confirmado nos testes estatísticos realizados.

Quando um familiar adoece, ocorre uma mudança na convivência diária da família, causando ansiedade e preocupação, o adoecimento é um acontecimento imprevisto que desorganiza o modo de funcionamento de uma família (SARACENO, 1999; SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

As condições de vida tanto do paciente quanto dos familiares são profundamente alteradas com o aparecimento de uma doença mental. Surgem necessidades adicionais que geram stress e impedem o indivíduo de usufruir de uma qualidade de vida adequada (TEIXEIRA, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualidade de vida é a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Apesar das dificuldades conhecidas e comprovadas que acompanham a doença mental, 68% dos pacientes afirmam ter pouco ou nenhuma dificuldade de realizar suas atividades diárias. Isso se deve ao fato de que os entrevistados se encontravam em um período mais controlado da doença, onde os sinais e sintomas

já estão mais estabilizados e em vista do que passaram quando em crise, encontram-se melhores, mais independentes e capazes. A própria doença também acaba gerando no indivíduo uma certa distorção da realidade com relação a limites.

Mais da metade dos familiares acreditam que os pacientes ainda têm bastante dificuldade em suas atividades.

Vivenciando as mudanças decorrentes da doença mental e as dificuldades diárias do próprio paciente, os familiares acreditam que mesmo com o tratamento, o paciente aproveita pouco ou nada da vida. O paciente apesar de tudo, considera que aproveita bastante a vida. Isso se deve também às diferenças de objetivos, preocupações e expectativas geradas por cada grupo. Nos dois grupos as dificuldades enumeradas eram muito semelhantes, tais como: desânimo, sonolência, dificuldade de memorização e aprendizagem, tremores e mudanças de humor. Observa-se que as dificuldades relacionam-se tanto com a própria doença como aos efeitos colaterais da medicação.

O ser humano, individualmente ou no coletivo, possuem uma capacidade de superação de crises e adversidades, respondendo positivamente e adaptando-se; não implica na anulação ou eliminação da situação de risco, mas no enfrentamento com sucesso dos desafios que se apresentam (YUNES, 2003).

Essa capacidade de superação tem sido denominada de resiliência, o que pode justificar o otimismo e a satisfação com relação à vida, apresentado pelos familiares bem como pelos portadores de transtorno mental, apesar de todas as dificuldades enfrentadas.

Segundo Pinheiro (2004) e Silva, Lunardi, Lunardi e Tavares (2005), a resiliência não depende somente do próprio indivíduo (expectativas, otimismo,

autonomia) e família (estabilidade, apoio, comunicação), mas também de toda uma rede de suporte social (ambiente de reconhecimento, aceitação, tolerância).

Os pacientes antes da doença, se mostravam mais confiantes na religião do que após o adoecimento, já os familiares, com o aparecimento da doença passaram a acreditar que a religião influenciava mais em suas vidas. Isso se deve talvez ao fato de que o paciente se encontra numa fase mais controlada da doença. A família sente maior pressão devido às incertezas e à sobrecarga gerada pela doença. De acordo com Guimarães e Avezum (2007), o envolvimento religioso está associado com o bem-estar psicológico e esse impacto positivo é mais relevante em pessoas sob estresse.

O Brasil é um país de pessoas religiosas e, segundo Koenig (2007), o conhecimento do impacto que as crenças religiosas podem ter na etiologia da doença, diagnóstico e evolução do transtornos psiquiátricos pode ajudar os profissionais de saúde a compreenderem melhor seus pacientes. Devem considerar quando as crenças religiosas são utilizadas para melhor lidar com a doença mental e quando podem estar exacerbando essa doença.

A pesquisa mostrou que a religião pode de fato ajudar o paciente a encarar melhor a vida, já que mais da metade dos que se disseram praticantes de alguma religião afirmaram estar bastante ou totalmente satisfeitos com a vida, enquanto que dos que não freqüentam nenhuma religião, o número foi menor. No estudo de Souza e Scatena (2005), os familiares disseram ter encontrado apoio e explicações na religião.

Segundo Colvero, Ide e Rolim (2004), a convivência com o doente mental é marcada por sentimentos de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade

de suas ações, além da extrema dependência e falta de iniciativa, o que gera vários tipos de sobrecarga para a família.

Além do mal físico, a doença mental altera a rotina das pessoas, não só do doente, mas de todos que o cercam, já que estes muitas vezes param de estudar, trabalhar, aumentam os gastos com tratamento, remédios e médicos. Quando um de seus membros apresenta uma perturbação, a família pode adoecer junto, visto que sua estrutura é abalada (KOGA; FUREGATO, 1999; PAULA; FUREGATO; SCATENA, 2000; MORASKI; HILDEBRANDT, 2005)

A maioria dos familiares entrevistados disse sentir-se bastante ou totalmente sobrecarregada. Conhecer essa sobrecarga vivenciada pelos familiares permite traçar intervenções que poderão auxiliar na interação familiar/profissional, contribuir para aliviar o peso dos encargos, facilitar a cooperação, diminuir os fatores estressantes que podem desencadear crises, ou até transtornos psicológicos em familiares (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

O trabalho de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007) destaca dois tipos de sobrecarga: uma subjetiva, ao supervisionar os comportamentos problemáticos dos pacientes e frequentes preocupações com sua segurança e futuro; outra, objetiva relativa à alta frequência de ajuda aos pacientes nas tarefas cotidianas.

Essa dependência do paciente em suas atividades diárias mostrou-se um forte fator de sobrecarga para a família, o que gera outros tipos de preocupações, como a insegurança com relação ao futuro e a frustração de acreditar que o paciente não aproveita a vida.

Apesar da grande maioria dos pacientes não trabalharem e apenas a metade receber benefícios, a família não considera os gastos uma sobrecarga. Isso pode ter

relação com o fato de que os pacientes passam de 3 a 5 dias por semana no serviço, recebendo alimentação, medicação, cuidados e atenção.

Mesmo a família considerando grande sua sobrecarga, mostrou-se otimista com relação ao futuro e satisfação com a vida. O paciente, mesmo tendo consciência de que a doença mudou bastante seu cotidiano, também se sente otimista e satisfeito com a vida. Isso tudo se deve ao fato de que os seres humanos possuem uma capacidade de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las.

Segundo Yunes (2003) e Pinheiro (2004), essa capacidade de superação das adversidades se chama resiliência, o que não deve ser confundido com invulnerabilidade, porque não se trata de resistência absoluta às adversidades e sim um processo de construção e reconstrução da história de vida através das múltiplas interpretações que o indivíduo faz do seu cotidiano.

VII- CONCLUSÃO

A Saúde Mental no Brasil sofreu profundas modificações à partir da década de 1970, com a introdução dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

O modelo de saúde que antes excluía o doente mental da família e da vida em sociedade agora passa a integrar o paciente, a família, o profissional e todos os setores da sociedade.

O resgate da cidadania e a busca da qualidade de vida passam a ser os principais objetivos das novas políticas de saúde. Surgem então os serviços como os CAPS, integrados ao SUS e a toda a rede básica de saúde.

O CAPS acolhe o portador de transtornos mentais procurando restabelecer sua autonomia e reinserção social, através de atendimento médico e psicológico, o cuidado de enfermagem e dos demais profissionais em atendimento terapêutico individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atividades lúdicas.

Reconhecendo o quanto a família influencia a saúde do doente e vice-versa, ainda mais frente à uma doença grave e de longa duração, o CAPS também oferece atenção especial às famílias, individualmente ou em grupos, com e sem a presença do paciente.

Quando o profissional de saúde consegue estabelecer um vínculo com o paciente e com a família, o tratamento se torna mais eficaz e quanto mais concreto for esse vínculo mais seguros eles se sentem para expor suas dúvidas e dificuldades, o que facilita o tratamento e possibilita que o profissional trace estratégias terapêuticas adequadas para cada caso.

A amostra do presente trabalho foi constituída em sua maioria por portadores de esquizofrenia e transtorno bipolar, que são os transtornos mentais mais comumente encontrados nos CAPS.

Os transtornos mentais trazem sinais e sintomas que dificultam os relacionamentos e geram preconceitos e descrédito na sociedade e até dentro da própria família.

Os pais foram a parcela mais representativa dos familiares entrevistados, seguidos dos irmãos. De ambos os grupos, mais da metade participa de atividades do CAPS, em reuniões de família e na consulta médica.

Tanto os familiares quanto os próprios pacientes reconhecem a importância do tratamento e o quanto este tem melhorado suas vidas.

Os profissionais de saúde precisam trabalhar na conscientização do paciente e família, condição fundamental para que se encontrem significados nas experiências vividas e possam assim aceitar a doença e enfrentá-la.

É inegável o fato de que a doença mental provoca mudanças na rotina tanto do doente quanto da família, porém a maioria dos pacientes deste estudo não sente dificuldades na realização de atividades diárias, enquanto que metade das famílias se sente sobrecarregada com as dificuldades do paciente em suas atividades diárias.

A família se sente sobrecarregada, não só pelo fato de ter que suprir as dificuldades diárias do paciente, mas também pelas inseguranças e imprevisibilidade dos seus sinais e sintomas, além das frustrações geradas pela quebra do ciclo da vida, onde espera-se que o indivíduo trabalhe, constitua família e seja independente.

Essas inseguranças da família com relação ao futuro acabam por impulsionar a busca por soluções sobrenaturais, com maior envolvimento religioso.

O interessante é que apesar de todas as mudanças e dificuldades enfrentadas tanto pelos pacientes quanto pelas famílias, os dois grupos mostram-se satisfeitos com a vida e otimistas com relação ao futuro.

O ser humano tem muitas oportunidades de reescrever sua história, aprendendo a cada dia, seja vivendo ou compartilhando experiências. É preciso estar disposto a enfrentar o que a vida tem para oferecer, sejam situações boas ou ruins, tirando sempre o melhor delas, pois o ser humano tem habilidades para enfrentar e superar as adversidades, reconstruindo sua história e aprendendo com as experiências.

Assim, espera-se que o presente estudo possa ter contribuído de alguma forma com conhecimentos e concepções acerca do cuidado e atenção na saúde mental, a pacientes e familiares, identificando elementos que possam orientar intervenções em busca de uma maior eficácia e adesão tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALDA, M. Transtorno Bipolar. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, out. 1999.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set. 1995.
- ANDREOLI, S. B.; RONCHETTI, S. S. B.; MIRANDA, A. L. P.; BEZERRA, C. R. M.; MAGALHÃES, C. C. P. B.; MARTIN, D.; PINTO, R. M. F. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, mai./jun. 2004.
- ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Revista Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, 7-14, jan/dez. 1999.
- BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste, São Paulo, EDUSP e Lemos Editorial, 1994.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277. 2007.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BASAGLIA, F. **A intuição negada**: relato de um hospital psiquiátrico, Rio de Janeiro, Graal, p. 99-130. 1985.
- BECHELLI, L. P. C.; SANTOS, M. A. O paciente na psicoterapia de grupo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./fev. 2005.
- BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul de Enfermagem**, v. 21, n.4, p. 588-594, 2008.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 173-179, jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Resolução n. 196, 10 de out. de 1996, Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 5, n. 2, p. 13-14, abr./jun. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. Ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

BREDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452. 2005.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de atenção psicossocial na perspectiva da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 393-400, 2009.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628. 2003.

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

COIMBRA, V. C. C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M. C. F.; KANTORSKI, L.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 99-104. 2005. disponível em <http://www.fen.ufg.br>

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205. 2004.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, P. S.; NIEVAS, A. F.; SILVA, E. C. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, set./dez. 2002.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9 n. 2, mar./abr. 2001

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

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.34, supl. 1, p.88-94. 2007

HIRDES, A. Centro Comunitário de saúde mental de São Lourenço do Sul/SC:resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial. Dissertação, Florianópolis, 2000. Universidade Federal de Santa Catarina.

JORGE, M. S. B.; RAMIREZ, A. R. A.; LOPES, C. H. A. F.; QUEIROZ, M. V. O.; BASTOS, V. B. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, Supl 1, p. 5-7. 2007.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência

de um núcleo de atenção psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1455-1461, jun. 2007.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE, R. C. organizadora, **Caminhando para a assistência integral**, Ribeirão Preto-SP; SCALA. 1999.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 95-106. 2008.

MORASKI, T. R.; HILDEBRANDT, L. M. As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 195-206, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>

MOSTAZO, R. R.; KIRSCHBAUM, D. I. R. O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.4-13. 2003.

OLIVEIRA, R. M. O.; LOYOLA, M. C. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Sci Health Sci.**, v.26, n.1, p.213-22. 2004

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007

PAULA, A. A. D.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago. 2000.

PEGORARO, R. F. Familiares que cuidam de portadores de sofrimento mental: histórias de dor, vidas de sofrimento. 2002. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2002.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de atenção psicossocial (CAPS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 295-370, abr./jun. 2008.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p. 71-82. 2003.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 1, p. 67-75. 2004.

PITTA, A. M. F. Ética e assistência em psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA FILHO, J. F. (org.). **Ética e saúde mental**, Rio de Janeiro, Topbooks, 1996.

REINALDO, A.; WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, jan./abr. 2005.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, mai/ago. 2006.

SANTOS, S. A. Projeto terapêutico individual em um Centro de Atenção Psicossocial: o conhecimento do usuário e contribuições na assistência, 2006. 109 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2006.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.9, n.1, p.26-31, jan/abr. 1998.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidade possível. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1999.

SADOK, B. J.; SADOK, V. A. Manual conciso de psiquiatria clínica, Porto Alegre, 2 ed, Artmed, 2008

SCHRANK, G.; KANTORSKI, L. P. Ações de saúde mental desenvolvidas nos centros de atenção psicossocial voltadas à família do portador de transtorno psíquico. **Revista Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 203-212, set./dez. 2003.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134. 2008.

SHIRAKAWA, I. Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.22, Supl I, p.56-58. 2000

SILVA, M.R.S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI, W. D.; TAVARES, K. O. Resiliência e promoção de saúde. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 4, n. esp. 2005.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

SOUZA, L. A.; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 50-58. 2006

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, jul. 2002.

SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, mar/abr. 2005.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p.123-127. 2006.

TEIXEIRA, M. B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, mar/abr. 2005.

TRAVELBEE, J. Intervención em enfermeria psiquiátrica. Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de La Salud, Colômbia: Carvajal, 1982.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. A evolução histórica da família brasileira. **Revista mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 163-167, abr./jun. 2005.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Revista Estudos de Psicologia**, Recife, v. 9, n. 2, p. 373-379. 2004.

WAIDMAN, M. A. P.; ELSEEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 282-291. 2006.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. esp., p.75-84. 2003.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTE

Convidamos o(a) senhor(a) _____ portador do RG nº _____, para participar da pesquisa “Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental”, onde o senhor(a) responderá um questionário, com perguntas sobre sua rotina, o transtorno mental, a convivência com seus familiares, o tratamento e as dificuldades enfrentadas, com o objetivo de entender como os portadores de transtornos mentais e seus familiares encaram a doença e as mudanças que ela trás consigo. Espera-se assim conhecer as dificuldades enfrentadas e com isto ajudar a melhorar o tratamento.

O questionário será respondido durante seu período de permanência no serviço, com o cuidado de não atrapalhar as atividades realizadas no CAPS.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a): o direito de receber resposta a qualquer dúvida relacionada ao estudo, a liberdade para deixar de participar da pesquisa quando quiser, a segurança de que não será identificado e que as respostas serão utilizadas para fins científicos, livres de causar qualquer tipo de prejuízo ao atendimento no CAPS.

Este termo vai duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Assinatura

Pindamonhangaba, _____ de _____ 2008.

Pesquisadores responsáveis:

- Ana Paula Nagaoka

COREN (Protocolo): 1500186, Telefone: (12) 3642-3470,

e-mail: anapaulangk@yahoo.com.br

- Prof^a Dr^a Antonia Regina Ferreira Furegato (Orientadora)

COREN: 7599, Telefone: (16) 3602-3422, e-mail: furegato@eerp.usp.br

EERP-USP Av. Bandeirantes, 3900 Bairro Monte Alegre

CEP: 14040-902   Ribeirão Preto SP

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - FAMÍLIA

Convidamos o(a) senhor(a) _____ portador do RG nº _____, para participar da pesquisa “Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e suas vivências com a doença mental”, onde o senhor(a) responderá um questionário, com perguntas sobre sua rotina, a convivência com seu familiar portador de transtorno mental, o tratamento e as dificuldades enfrentadas, com o objetivo de entender como portadores de transtornos mentais e seus familiares encaram a doença e as mudanças que ela trás consigo. Espera-se assim conhecer as dificuldades enfrentadas e com isto ajudar a melhorar o tratamento.

O questionário será respondido antes ou logo após as reuniões de família no CAPS, com o cuidado de não atrapalhar as atividades realizadas no CAPS, se houver necessidade, será agendado outro horário para o familiar comparecer ao serviço e responder ao questionário.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a): o direito de receber resposta a qualquer dúvida relacionada ao estudo, a liberdade para deixar de participar da pesquisa quando quiser, a segurança de que não será identificado e que as respostas serão utilizadas para fins científicos, livres de causar qualquer tipo de prejuízo ao atendimento no CAPS.

Este termo vai duas vias, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Assinatura

Pindamonhangaba, _____ de _____ 2008.

Pesquisadores responsáveis:

- Ana Paula Nagaoka

COREN (Protocolo): 1500186, Telefone: (12) 3642-3470,

e-mail: anapaulangk@yahoo.com.br

- Prof^a Dr^a Antonia Regina Ferreira Furegato (Orientadora)

COREN: 7599, Telefone: (16) 3602-3422, e-mail: furegato@eerp.usp.br

EERP-USP Av. Bandeirantes, 3900 Bairro Monte Alegre

CEP: 14040-902 Ribeirão Preto SP

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO – PACIENTE

A: IDENTIFICAÇÃO:

Nome (iniciais): _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Trabalha ( ) Sim ( ) Não Em que? _____

Religião: _____ Praticante ( ) Sim ( ) Não

Diagnóstico: _____ Quando começou? _____

Tempo de tratamento no CAPS? _____

Terapêutica: ( ) Intensivo ( ) Semi-intensivo

Já foi internado? ( ) Sim ( ) Não Quantas vezes? _____

Recebe algum benefício? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

Indicação do projeto terapêutico: _____

_____

_____

_____

B: SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO:

- 1) O que você conhece em relação à sua doença?
 ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo
- 2) Quanto você precisa do tratamento para levar sua vida diária?
 ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo
- 3) O tratamento recebido no serviço te ajuda?
 ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo
- 4) Seu tratamento tem melhorado a vida do seu familiar?
 ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo
- 5) Você está satisfeito com a atenção que recebe dos profissionais de saúde mental?
 ( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo
- 6) Antes do CAPS você procurou algum outro serviço/profissional? Quais?

_____

_____

C: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS:

7) Quanto a doença mudou sua vida?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

8) Quanto você aproveita da vida?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

9) Você tem dificuldade para realizar suas atividades do dia-a-dia?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

Quais: _____

10) Você se sente otimista com relação ao futuro?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

11) Você acha que sua doença mudou a vida dos seus familiares?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

12) Você acha que seu familiar aproveita a vida?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

13) Em geral, você está satisfeito com sua vida?

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

14) Quanto a religião influi na sua vida?

Antes da doença:

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

Depois da doença:

( ) Nada   ( ) Pouco   ( ) Mais ou Menos   ( ) Bastante   ( ) Tudo

15) O que mais você gostaria de falar sobre este assunto?

APÊNDICE D
QUESTIONÁRIO – FAMÍLIA

A: IDENTIFICAÇÃO:

Nome (iniciais): _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Trabalha ( ) Sim ( ) Não Em que? _____

Parentesco: _____ Religião: _____ Praticante ( ) Sim ( ) Não

Participa das atividades no CAPS? ( ) Sim ( ) Não Quais? _____

_____
_____

B: SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO:

1) O que você conhece em relação à doença do(a) _____?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

2) _____ precisa de tratamento para levar sua vida diária?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

3) O tratamento tem ajudado a vida dele(a)?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

4) Quanto o tratamento dele(a) tem melhorado sua vida (familiar)?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

5) Você está satisfeito com a atenção que recebe dos profissionais de saúde mental?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

6) A atenção que você recebe no CAPS tem melhorado sua vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

C: IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS:

7) Você acredita que a doença mudou a vida dele(a)?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

8) Você acredita que ele(a) aproveita a vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

9) Ele(a) tem dificuldade para realizar suas atividades do dia-a-dia?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

Quais? _____

10) Você se sente otimista com relação ao futuro do(a) _____?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

11) Quanto a doença mudou sua vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

12) Quanto você aproveita da vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

13) Você está satisfeito com sua vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

14) Quanto a religião influi na sua vida?

Antes da doença:

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

Depois da doença:

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

15) Quanto a doença do(a) _____ sobrecarrega sua vida?

( ) Nada ( ) Pouco ( ) Mais ou Menos ( ) Bastante ( ) Tudo

Como você classifica a sobrecarga que representa ter um doente mental na família?

	Nada	Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Tudo
Nos gastos	1	2	3	4	5
No trabalho	1	2	3	4	5
Na rotina da casa	1	2	3	4	5
No lazer	1	2	3	4	5
Nas amizades	1	2	3	4	5
Na religião	1	2	3	4	5
Na convivência com parentes	1	2	3	4	5

ANEXO A

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
 o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
 Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 211/2008

Ribeirão Preto, 29 de agosto de 2008

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de agosto de 2008.

Protocolo: nº 0942/2008

Projeto: PERFIL DE USUÁRIOS (PORTADORES E FAMILIARES) DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUAS PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA MENTAL.

Pesquisadores: Antonia Regina Ferreira Furegato
 Ana Paula Nagaoka

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Antonia Regina Ferreira Furegato
 Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Processo nº: 0942/2008

Título do Projeto: Perfil dos usuários (portadores e familiares) de um centro de atenção psicossocial e suas percepções sobre doença mental.

Pesquisadores: Antonia Regina Ferreira Furegato (orientadora)
Ana Paula Nagaoka (mestranda)

PARECER

As pesquisadoras atenderam a solicitação feita no último parecer: revisaram o TCLE, adequando-o às normas da Resolução 196/96 do CNS; e fizeram dois TCLE, um para o paciente e outro para o familiar. Sendo assim, indico que este projeto de pesquisa seja **APROVADO** junto a este Comitê de Ética e Pesquisa.

Aprovado ad referendum do Comitê de Ética em
Pesquisa da EERP/USP
25, 08, 2008

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP