

LUCÍOLA LOURENÇO DA SILVA

**REPERCUSSÕES DO CAPS PARA A ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO E A  
QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS, VIÇOSA/MG**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa,  
como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Economia Doméstica, para obtenção  
do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2010

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e  
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

T

S586r  
2010

Silva, Lucíola Lourenço da, 1985-  
Repercussões do CAPS para a administração do tempo e  
qualidade de vida das famílias, Viçosa/MG / Lucíola  
Lourenço da Silva. – Viçosa, MG, 2010.  
xvii, 150f. : il. (algumas col.) ; 29cm.

Inclui apêndice.

Orientador: Simone Caldas Tavares Mafra.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Doentes mentais – Relações com a família. 2. Doentes  
mentais – Cuidado e tratamento. 3. Doenças mentais. 4.  
Saúde mental. 5. Família. 6. Doentes mentais – Reabilitação.  
7. Política de saúde mental. I. Universidade Federal de  
Viçosa. II. Título.

CDD 22.ed. 616.89

LUCÍOLA LOURENÇO DA SILVA

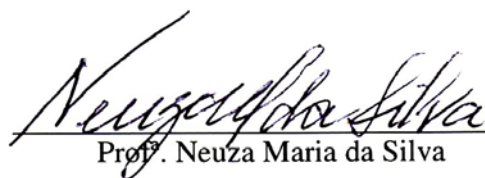
**REPERCUSSÕES DO CAPS PARA A ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO E A  
QUALIDADE DE VIDA DAS FAMÍLIAS, VIÇOSA/MG**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa,  
como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Economia Doméstica, para obtenção  
do título de *Magister Scientiae*.

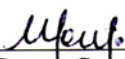
APROVADA: 28 de junho de 2010.



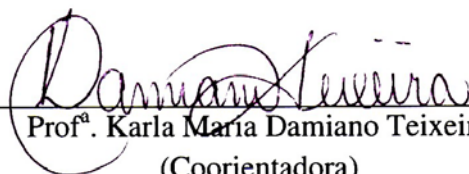
Prof<sup>a</sup>. Eveline Torres Pereira



Prof<sup>a</sup>. Neuza Maria da Silva



Prof<sup>a</sup>. Maria das Dóres Saraiva de Loreto  
(Coorientadora)



Prof<sup>a</sup>. Karla Maria Damiano Teixeira  
(Coorientadora)



Prof<sup>a</sup>. Simone Caldas Tavares Mafra  
(Orientadora)

*Aos usuários do CAPS Despertar, que me inquietam, me instigam e me ensinam a ter fé, amor e esperança em todos os momentos, acreditando que Deus nunca nos desampara!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu amado Pai, que está presente em todos os momentos da minha vida, mostrando sempre seu amor e confiança.

Aos meus pais, pelo amor, pela dedicação, amizade, confiança, pelos cuidados e pelos ensinamentos, que levarei por toda a vida.

Aos meus irmãos Duílio, Sandra e Hudson, pelos exemplos de cumplicidade, amizade e amor, que guardarei sempre em meu coração.

Ao William, por compartilhar minhas inquietações, pelo apoio em todos os momentos e por me fazer tão feliz. Você é meu porto seguro! Obrigada por ter entrado em minha vida!

Às eternas GMs, amigas queridas e companheiras para todas as horas, Tônia, Aline, Pauline, Sheila, Cinthya e Jacqueline, por terem estado presentes nos momentos da minha graduação e também do mestrado, sendo apoio quando precisei, compartilhando alegrias, me ensinando a ser uma pessoa melhor. Vocês foram (e sempre serão) grandes exemplos de dignidade, confiança, amor e amizade verdadeira. Tenho certeza de que foi Deus que nos uniu!

Às minhas amigas de turma Jacqueline, Andreza, Ivani, Kátia, Iris, Mariana e Virgínia, por terem me ensinado o valor da perseverança, força, respeito, honestidade, cumplicidade, amizade e carinho e contribuído para meu amadurecimento pessoal e acadêmico.

Aos meus amigos e amigas do Mestrado, em especial a Ana Paula, Carol, Rita e Sara, pela amizade, cumplicidade e pelos ensinamentos. Vocês são exemplos de perseverança, confiança, força, batalha... aprendi muito com vocês!

Aos meus colegas do Mestrado de Bambuí, MG, com os quais compartilhei momentos grandiosos de reflexões e aprendizado na etapa de finalização deste trabalho, pelo apoio.

À minha orientadora Professora Simone Caldas Tavares Mafra, pela dedicação, tolerância, amizade e pelas sábias palavras, imprescindíveis para a realização deste trabalho.

Às minhas coorientadoras Professoras Karla Maria Damiano Teixeira e Maria das Dores Saraiva de Loreto, por terem contribuído grandemente, através do olhar atencioso e das intervenções sinceras e pontuais, que foram essenciais para o amadurecimento deste trabalho.

Às Professoras Eveline Torres Pereira e Neuza Maria da Silva, pela disponibilidade em participar desta pesquisa, contribuindo grandemente para a melhoria do trabalho.

À Professora Ana Lídia Coutinho Galvão, por acreditar em mim e ter-me dado a oportunidade de aproximação com a área de saúde mental, pela qual tenho grande paixão. Obrigada pela amizade tão próxima, pelos conselhos, ensinamentos e pela cumplicidade.

À Professora Patrícia Fernanda Gouveia da Silva e, também, à Natanielli Teixeira Alves de Sousa, pela dignidade, pelo carinho e por ter contribuído grandemente para o meu amadurecimento pessoal e acadêmico durante a graduação.

Ao CAPS, pela confiança e por sempre abrir suas portas quando eu precisei.

Às famílias que participaram deste estudo, pela disponibilidade em me receberem e abrirem suas vidas falando sobre algo tão particular.

À querida Patrícia Njaim Coury Rabelo, pela disponibilidade em me ajudar e pelas conversas, que contribuíram muito para o amadurecimento deste estudo.

A todos os meus amigos que me ajudaram, de alguma forma, na finalização deste trabalho, me dando força, esperança, alegrias e auxílio nesses dois anos para que, assim, eu pudesse seguir com mais entusiasmo e perseverança: Lucas Raony; Amanda, minha cunhadinha; Maciel Braga; Diego Domingos; Eder; Bia; Ana Paula e Wiler; Marcelo Rosado, com nossos estudos para a prova de inglês; Elysson; Zuleika e Celina.

Às minhas novas amigas e colegas de trabalho da Sala de Pesquisa Andrea, Corina, Cynthia, Luciana e Raquel (também a Michelle e Cristina), pela compreensão à minha dedicação prioritária para a finalização do Mestrado, neste início de trabalho juntas.

Aos funcionários do DED Aloísia, Lena, Francisco, Roberto, Jamagde e Efigênia, pela gentileza e atenção e por serem prestativos em todos os momentos em que precisei.

À CAPES, por me conceder a bolsa de Mestrado, possibilitando a realização desta pesquisa.

À Universidade Federal de Viçosa (UFV), pela oportunidade de cursar o Mestrado.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta pesquisa.

## **BIOGRAFIA**

LUCÍOLA LOURENÇO DA SILVA, filha de Oswaldo Lourenço da Silva e Lúcia José da Silva, nasceu em Viçosa, MG, em 04 de abril de 1985.

Em janeiro de 2008, graduou-se em Economia Doméstica pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Viçosa, MG. Durante a graduação, atuou na área de Extensão, realizando estágio por três anos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de Viçosa, MG, onde foi bolsista de Extensão durante um ano e recebeu Menção Honrosa pelo seu Projeto de Extensão.

Em março de 2008, ingressou no Programa de Pós-Graduação, em nível de Mestrado, em Economia Doméstica – Área de Concentração em Economia Familiar, da UFV, com atuação na linha de pesquisa “Família, Bem-Estar Social e Qualidade de Vida”, submetendo-se à defesa da dissertação em junho de 2010.

## SUMÁRIO

	Página
LISTA DE QUADROS E TABELAS .....	xi
LISTA DE FIGURAS .....	xii
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xiii
RESUMO .....	xiv
ABSTRACT .....	xvi
1. APRESENTAÇÃO .....	1
1.1. Contextualização do problema.....	1
1.2. Justificativa .....	2
1.3. Objetivos do estudo.....	5
1.4. Apresentação da dissertação .....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	7
2.1. Transformações no campo da Saúde Mental no Brasil e o surgimento do CAPS.....	7
2.2. Família e portador de transtorno mental: que relação é essa?.....	13
2.3. A Administração dos recursos familiares .....	17
2.4. Qualidade de vida e saúde mental .....	22
3. METODOLOGIA GERAL.....	26
3.1. Caracterização da pesquisa .....	26
3.2. Local de estudo .....	27

	Página
3.3. População e amostra.....	27
3.4. Aspectos éticos da pesquisa .....	29
3.5. Instrumentos de coleta de dados .....	30
3.5.1. Análise documental.....	30
3.5.2. Questionário .....	31
3.5.3. Entrevista semiestruturada .....	31
3.6. Variáveis analíticas .....	32
3.7. Análise dos dados.....	33
4. REFERÊNCIAS .....	35
ARTIGO ORIGINAL 1 .....	40
REPERCUSSÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA VIDA FAMILIAR: MUDANÇAS E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO COTIDIANO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL .....	40
RESUMO .....	40
ORIGINAL ARTICLE 1.....	42
IMPACT OF PSYCHIATRIC REFORM IN FAMILY LIFE: STRATEGIES AND CHANGES IN EVERYDAY CARE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER.....	42
ABSTRACT.....	42
1. INTRODUÇÃO .....	44
2. METODOLOGIA .....	46
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	49
3.1. Perfil familiar do PTM e do cuidador .....	49
3.2. As mudanças na vida familiar .....	51
3.3. As estratégias familiares .....	60
4. CONCLUSÕES .....	70
5. REFERÊNCIAS .....	72
ARTIGO ORIGINAL 2 .....	74
FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO.....	74
RESUMO .....	74

	Página
ORIGINAL ARTICLE 2.....	76
FAMILY AND MENTAL HEALTH: CONSIDERATIONS ON TIME ADMINISTRATION.....	76
ABSTRACT.....	76
1. INTRODUÇÃO.....	78
2. METODOLOGIA.....	80
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	82
3.1. Perfil familiar do cuidador e do PTM.....	82
3.2. Repercussão dos cuidados ao PTM na administração do tempo familiar.....	83
3.3. Repercussões do transtorno mental no lazer dos cuidadores.....	91
4. CONCLUSÕES.....	98
5. REFERÊNCIAS.....	100
ARTIGO ORIGINAL 3.....	102
INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE INSTITUCIONAL NA QUALIDADE DE VIDA: A ATUAÇÃO CONCRETA DO CAPS NO COTIDIANO FAMILIAR.....	102
RESUMO.....	102
ORIGINAL ARTICLE 3.....	104
INSTITUTIONAL INFLUENCES ON THE QUALITY OF LIFE: THE CONCRETE ROLE OF CAPS IN DAILY FAMILY LIFE.....	104
ABSTRACT.....	104
1. INTRODUÇÃO.....	106
2. METODOLOGIA.....	109
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	112
3.1. Percepção familiar sobre o CAPS.....	113
3.2. Mudanças na qualidade de vida familiar.....	123
4. CONCLUSÕES.....	133
5. REFERÊNCIAS.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
APÊNDICES.....	140
APÊNDICE A.....	141

	Página
APÊNDICE B .....	144
APÊNDICE C .....	148
APÊNDICE D .....	149
APÊNDICE E .....	150

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Página
Quadro 1 – Famílias participantes do estudo e posição do PTM e do cuidador na família.....	29
ARTIGO ORIGINAL 1	
Quadro 1 – Características das famílias dos portadores de transtornos mentais, Viçosa, MG.....	50
ARTIGO ORIGINAL 3	
Quadro 1 – Mudanças no tempo da familiar após o retorno do PTM da internação e depois da entrada no CAPS, Viçosa, MG.....	122
Tabela 1 – Mudanças nos domínios da vida a partir da entrada do PTM no CAPS, Viçosa, MG .....	129

## LISTA DE FIGURAS

	Página
ARTIGO ORIGINAL 1	
Figura 1 – Mudanças familiares advindas da presença do portador de transtorno mental, Viçosa, MG.....	60
Figura 2 – Estratégias buscadas pelas famílias para alcance do equilíbrio do sistema familiar, Viçosa, MG .....	69
ARTIGO ORIGINAL 2	
Figura 1 – Distribuição do tempo dos cuidadores na execução das atividades diárias, Viçosa, MG.....	88
Figura 2 – Relação dos membros familiares com o tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não a de cuidado ao PTM, Viçosa, MG.....	90
Figura 3 – Atividades de lazer realizadas entre o cuidador e o PTM, na percepção dos cuidadores, Viçosa, MG.....	94
ARTIGO ORIGINAL 3	
Figura 1 – Variação percentual da satisfação com os domínios da vida antes e depois da entrada do PTM no CAPS, Viçosa, MG.....	132

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
DED	Departamento de Economia Doméstica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PTM	Portador de Transtorno Mental
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa

## RESUMO

SILVA, Lucíola Lourenço da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2010. **Repercussões do CAPS para a administração do tempo e qualidade de vida das famílias, Viçosa/MG.** Orientadora: Simone Caldas Tavares Mafra. Coorientadoras: Karla Maria Damiano Teixeira e Maria das Dores Saraiva de Loreto.

As transformações ocorridas no campo da saúde mental no Brasil, através da busca pela extinção dos manicômios e da criação de novos serviços de caráter mais humanizado, que procuram estimular a inserção social e familiar dos portadores de transtorno mental, respeitando suas particularidades, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilitaram que a família tivesse convivência cotidiana com seu familiar doente. Essa convivência fez que a família incluísse em suas tarefas diárias o cuidado ao portador de transtorno mental (PTM) e, com isso, fosse necessário administrar seu tempo para o alcance do equilíbrio do sistema familiar e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida. Essas mudanças ocorridas no campo da saúde mental e a reinserção do doente mental no âmbito familiar suscitaram os objetivos do estudo, que são: caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico, pessoal e familiar dos usuários do CAPS e dos seus cuidadores; identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM na residência, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados a ele; conhecer e examinar a administração do tempo pela família do PTM, em função dos cuidados a ele despendidos; e analisar a percepção da família sobre as

mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, bem como a influência do serviço em sua qualidade de vida. A pesquisa foi realizada em abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, tendo sido adotado o estudo de caso como proposta metodológica. As técnicas de coleta de dados foram a análise documental, o questionário e a entrevista embasada em um roteiro semiestruturado, que foram aplicados a 11 familiares cuidadores dos portadores de transtornos mentais atendidos entre abril e junho de 2009, no CAPS. Foi verificado que o surgimento do transtorno mental gerou mudanças na organização e dinâmica das famílias, que se reorganizaram para as exigências do cuidado, tendo que abandonar as atividades do seu cotidiano, sem terem, muitas vezes, o conhecimento necessário para o processo de decisão diante dos cuidados exigidos. Verificou-se que a administração do tempo da família foi diretamente influenciada pelo estado de saúde do PTM que, quando se encontrava mais independente, possibilitava maior independência para a família na realização de outras atividades. O CAPS foi percebido pelas famílias como local de auxílio, apoio emocional e econômico, sendo favorável à administração do tempo e à melhoria da qualidade de vida. Assim, conclui-se que esse ambiente institucional, criado nos moldes da Reforma Psiquiátrica, que tem a família como parceira no processo de cuidado, pautado na obrigação pessoal, afetividade e reciprocidade, tem permitido melhor organização do tempo, com reflexos positivos na qualidade de vida.

## **ABSTRACT**

SILVA, Lucíola Lourenço da, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2010.  
**Effects of CAPS on the time management and quality of life of families, Viçosa/MG.** Adviser: Simone Caldas Tavares Mafra. Co-Advisers: Karla Maria Damiano Teixeira and Maria das Dores Saraiva de Loreto.

The changes in the mental health field in Brazil that have occurred through the search for the extinction of asylums and the creation of new more humane services, seeking to stimulate social and family relationships of patients with mental disorders while respecting their particularities, like the Psychosocial Attention Centers (CAPS), allowed families to live daily with their sick relative. This proximity has made it so that the family includes in their daily life the care of the mentally ill (PTM) and, therefore, it becomes necessary to manage their time to achieve a balance in the family system and thus improve their quality of life. These changes that have occurred in the field of mental health and rehabilitation of mental patients in the family gave raise to the study's objectives, which are: to characterize the socioeconomic and demographic profile, personal and family lives of CAPS users and their care takers, to identify and analyze the changes faced by the family after the reinstatement of the PTM to the residence, as well as their strategies to resume caring for them, and examining the time administration of the family of the PTM, as a function of the care he expended, and to analyze the perception of the family about the changes in family time management influenced by the CAPS, as

well as the influence of service in their quality of life. The survey was conducted in a qualitative approach, exploratory and descriptive, having adopted the case study as a methodological approach. The techniques of data collection were document analysis, questionnaires and interviews based on a semistructured script, which were applied to 11 family caregivers of mental patients treated between April and June 2009 in CAPS. It was found that the onset of mental disorder has led to changes in the organization and dynamics of families, which reorganize themselves to accommodate the care taking demands, having to leave their daily activities, often without the necessary knowledge to make decisions for the required care. It was found that the administration of family time was directly influenced by the health status of the PTMs which, when more independent, allowed more independence for the family in carrying out other activities. CAPS was perceived by families as a local aid, emotional and economic support, and was favored in time management and the improvement in the quality of life. Thus, it can be concluded that the institutional environment, created in the mold of the Psychiatric Reform, which has the family as a partner in the care process guided by personal obligation, affection and reciprocity, has allowed better organization of time with positive effects on the quality of life.

## **1. APRESENTAÇÃO**

### **1.1. Contextualização do problema**

O processo de Reforma Sanitária, no ano de 1978, surgiu em função do movimento de democratização no país e consistiu um movimento social de busca por melhores condições de vida. A saúde passou a ser vista como direito de todos, uma meta para garantir a conquista dos direitos civis, humanos e sociais e para o exercício da cidadania. O movimento propunha-se a romper com a lógica do modelo assistencial vigente, criticando a hegemonia do modelo hospitalocêntrico e apontando para a ampliação do conceito de saúde e, conseqüentemente, para a criação de novos modos de atenção.

As mesmas críticas foram feitas em relação ao modo predominante de assistência psiquiátrica. Porém, no campo da Reforma Psiquiátrica essas críticas se mostraram mais enfáticas, apontando para a urgência de rupturas com esse modelo de assistência, visto que as internações nem sempre passavam por indicações clínicas – fato esse muitas vezes observado nos dias atuais – e buscavam atender mais às necessidades de isolamento, recolhimento e exclusão das diferenças (SOUZA, 2004).

Costa-Rosa (2000 *apud* SOUZA, 2004) afirmou que a assistência em saúde mental vem passando por profundas transformações nas últimas três décadas, pois cotidianamente, em oposição às práticas segregadoras do modelo asilar, novos serviços e práticas estão sendo criados, visando a uma nova perspectiva, qual seja a Atenção Psicossocial.

A partir dessa nova prática de assistência surgiram várias propostas e leis que subsidiaram e legitimaram as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, como a Lei nº 10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001, p. 1). O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde passaram a indicar a utilização de recursos mais complexos e eficazes no tratamento de portadores de transtorno mental, como os hospitais-dia, internações psiquiátricas em hospitais gerais, residências terapêuticas, centros de convivência e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Dessa forma, algumas internações vêm sendo substituídas por esses recursos, de forma a promover maior bem-estar e inserção social e familiar dos portadores de transtornos mentais.

Essas mudanças ocorridas no campo da saúde mental possibilitaram à família o convívio maior com seu familiar adoecido, mas, ao mesmo tempo, foi obrigada a assumir a responsabilidade pelos cuidados de seus membros doentes, muitas vezes sem ter o conhecimento adequado sobre a doença e suas particularidades. Isso teve repercussões sobre os membros da família, uma vez que ficaram sobrecarregados com os cuidados, além de terem que reorganizar suas atividades diárias e buscarem administrar os recursos disponíveis, a fim de atingirem novamente o equilíbrio do sistema familiar.

Pressupõe-se, assim, que a forma como a família se organiza, e neste caso específico, se reorganiza, irá influenciar a interação entre os membros da família, além de determinar, como ressaltou Goldsmith (2000 *apud* DAMIANO TEIXEIRA, 2005), como ela irá assumir os cuidados ao portador de transtorno mental e, também, administrar seus recursos, tendo como consequência o alcance da qualidade de vida esperada por ela.

## **1.2. Justificativa**

O interesse neste estudo surgiu pela aproximação da pesquisadora com a área de saúde mental na graduação, quando o Departamento de Economia Doméstica (DED) da Universidade Federal de Viçosa (UFV) foi convidado a participar do trabalho realizado pelo CAPS com os PTM e seus familiares, em novembro de 2004. Primeiramente, foi feito contato das estudantes com os referidos usuários do serviço CAPS, sendo realizado o trabalho de integração entre eles, buscando construir uma

relação de confiança. Essa etapa consistiu de visitas diárias ao CAPS, bem como da realização de várias atividades artesanais em conjunto para familiarizar com o cotidiano do espaço a ser estudado. As atividades também envolviam a família do PTM, com o intuito de promover maior aproximação desta com a rotina de atividades desenvolvidas no CAPS, além de buscar maior conhecimento das particularidades da doença do usuário do serviço e maior integração deste com a família. Essas atividades envolviam a confecção de artesanatos, pinturas em telas e quadros, passeios a museus da cidade, e exposições dos trabalhos confeccionados, entre outras, tendo sempre em vista a promoção da integração social e familiar e a consequente melhoria da qualidade de vida dos usuários do CAPS e de suas famílias.

Dessa vivência no CAPS, estruturou-se uma proposta de projeto de extensão, que objetivou o estudo da melhoria da qualidade de vida desses usuários e de suas famílias. Desse projeto emergiram vários questionamentos, que permitiram a consolidação dos objetivos propostos para esta pesquisa, principalmente pela possibilidade em realizar uma pesquisa que integrasse a Economia Doméstica, mais especificamente a área de Economia Familiar e a Saúde Mental, sendo a última temática pouco estudada dentro do curso. Além dos aspectos motivadores apresentados para o referido estudo, pode-se destacar também a escassez de pesquisas acerca do processo de administração de recursos na família de portadores de transtornos mentais.

De acordo com Melmam (2006), o processo de desospitalização e reforma psiquiátrica possibilitou que uma nova realidade se configurasse, através da valorização do doente mental enquanto cidadão e maior preocupação com sua inserção social e familiar. Essa nova realidade exigiu a criação de serviços extra-hospitalares e fez que número maior de pessoas passasse a ser assistido pela nova prática de assistência e demandasse esses serviços. Isso fez que houvesse reorganização entre as famílias e o campo da saúde mental, a fim de rediscutir as bases de uma nova relação.

No início do século XX, as famílias eram vistas como responsáveis pelos transtornos mentais causados em seus membros, e por isso se culpavam por romper com as expectativas de criar filhos mais fortes, saudáveis e preparados para se engajarem no mercado de trabalho e viverem em comunidade (MELMAN, 2001 *apud* ROSA, 2003).

Com todas as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, no entanto, elas, contudo, passaram a ser vistas como parceiras no cuidado e, ao mesmo tempo, estimuladas e pressionadas a assumir novamente a responsabilidade pelo cuidado do seu familiar adoecido. Isso também demandou a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos, e acredita-se serem mais eficazes, como é o caso do CAPS, além de outros serviços estruturados com base na Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup>, capazes de enfrentar necessidades complexas e que abrangessem, de forma holística, o cotidiano do portador de transtorno mental no espaço social ao qual pertence. Entretanto, como destacou Melmam (2006), a família de portadores de transtornos mentais está cada vez mais sobrecarregada em demandas que envolvam o cuidado e acompanhamento dos seus familiares adoecidos. Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar (*family burden*) foi desenvolvido para qualificar as discussões que subsidiassem a definição dos encargos econômicos, físicos e emocionais a que as famílias estão submetidas, além de buscar mensurar o custo material, subjetivo, organizativo e social pela convivência com um paciente de doenças psiquiátricas.

Além dos aspectos já discutidos, os portadores de transtorno mental enfrentam grandes obstáculos para ter uma vida econômica ativa, implicando situação de dependência maior da família. Os custos com medicação, tratamento, alimentação, vestuário e transporte são altos, mesmo quando esses indivíduos fazem uso do serviço público de saúde. Comumente, o familiar precisa ficar cuidando da pessoa adoecida, o que impossibilita colocar-se à disposição do mercado de trabalho e, assim, tem que ampliar sua jornada produtiva a outros momentos que não sejam aqueles de cuidado ao PTM, para conseguir conciliar as novas necessidades financeiras geradas pela situação da doença (MELMAM, 2006).

Além dos aspectos concernentes às implicações do cuidado dos portadores de transtorno mental sobre a organização e funcionamento familiar, têm-se os dados estimados pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e pelo IBOPE, em 2007, que apontam que 9% da população brasileira, cerca de 17 milhões de pessoas, sofre com algum tipo de doença mental grave.

Diante do exposto, torna-se relevante analisar os impactos que as mudanças no campo da saúde mental causaram na vida das famílias dos PTMs, levando em consideração um contexto familiar sobrecarregado de conflitos, reforçado pela falta

---

<sup>1</sup> Como as Residências Terapêuticas e os Centros de Convivência.

de conhecimento da doença; com elevação dos custos pela compra de medicamentos, além da demanda elevada de tempo para dedicação e cuidados com o membro familiar doente. E, ainda, perceber como o CAPS atua no cotidiano das famílias, favorecendo e possibilitando mudanças em sua qualidade de vida. Entretanto, apesar da importância da política de saúde mental para o bem-estar e inserção social dos portadores de transtornos mentais, é observada escassez nos estudos relacionados aos impactos dessa política sobre a organização familiar e as mudanças ocorridas no âmbito das famílias, focando suas discussões sobre o impacto gerado nos PTM, isto é, deixando de lado as discussões e análises sobre os impactos nos familiares.

Diante dos aspectos mencionados, foram levantadas as seguintes questões norteadoras para este estudo: Quais mudanças ocorreram nas famílias dos portadores de transtorno mental atendidos no CAPS da cidade de Viçosa, MG, após o retorno deles para o contexto familiar? Quais as estratégias assumidas pelas famílias para alcançarem novamente seu equilíbrio? Como a família do portador de transtorno mental administra o recurso tempo, mediante a presença desse membro doente na família? Qual a influência do CAPS, enquanto serviço de auxílio ao tratamento desses PTMs, na administração desse recurso? As atividades desenvolvidas pelo CAPS proporcionaram a essas famílias mudanças na qualidade de vida?

### **1.3. Objetivos do estudo**

Esta pesquisa teve como objetivos:

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico, pessoal e familiar, dos usuários do CAPS e dos seus cuidadores.
- Identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM na residência, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados necessários.
- Identificar e analisar a administração do tempo pela família do PTM, em função dos cuidados a ele despendidos.
- Identificar e analisar a percepção da família sobre as mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, bem como a influência do serviço nas mudanças conseguidas em sua qualidade de vida.

#### **1.4. Apresentação da dissertação**

Esta dissertação está estruturada em sete partes, além das referências bibliográficas e apêndices. A primeira parte refere-se à Introdução Geral, contendo a contextualização do problema, justificava e os objetivos propostos.

A segunda parte refere-se à Revisão de Literatura, considerando os temas relacionados à pesquisa, quais sejam: a criação da política de saúde mental no Brasil e o processo de reforma psiquiátrica, bem como a criação do CAPS; a posição e participação da família no tratamento dos portadores de transtornos mentais a partir dessa nova ótica de tratamento, além das novas relações criadas entre os membros familiares; a administração dos recursos familiares realizada por essas famílias, que passaram a conviver diariamente com seu familiar PTM; e, por fim, aspectos de qualidade de vida e saúde.

A terceira parte refere-se à Metodologia Geral utilizada na pesquisa, contendo sua caracterização; o local de estudo; a população e amostra; as variáveis analíticas; e as técnicas de coleta e análise dos dados.

A apresentação dos resultados da pesquisa foi organizada através da elaboração de artigos, em que cada artigo se referiu à discussão de um objetivo proposto para o estudo. Dessa forma, a quarta, quinta e sexta partes referem-se aos artigos, apresentados de forma a evidenciar a discussão dos resultados do estudo de caso desenvolvido. Os artigos estão estruturados em introdução, objetivo, metodologia, resultados e discussão e conclusão, sendo apresentadas informações referentes à temática específica do objetivo por ele discutido.

A sétima parte foi reservada às considerações finais gerais da pesquisa, contendo as informações mais relevantes, destacando os principais resultados, apresentando as limitações e sugestões para se pensar em uma nova atenção às famílias de portadores de transtornos mentais, evidenciadas pela pesquisa desenvolvida.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A Revisão de Literatura buscou fundamentar o campo de investigação em questão e abordou os tópicos: Transformações no Campo da Saúde Mental no Brasil e o Surgimento do CAPS; Família e Portador de Transtorno Mental: que relação é essa?; e A Administração dos Recursos Familiares e Qualidade de Vida e Saúde Mental, temáticas essas importantes para subsidiar as discussões dos objetivos propostos para esta dissertação.

### **2.1. Transformações no campo da Saúde Mental no Brasil e o surgimento do CAPS**

Conhecer a historicidade dos fatos e fenômenos sociais é a alternativa para mencionar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade, contendo aproximadamente 200 anos. Uma nova maneira de vivenciar e perceber a condição humana só foi idealizada pelo homem a partir do século XVIII, com a criação de instituições “apropriadas” ao tratamento da loucura. A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos, como templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII (GONÇALVES; SENA, 2001).

Conforme destacaram os referidos autores, a partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana foi estabelecido “o diferente”, ou seja, aquele que não

se enquadra nos padrões de comportamento que a sociedade define como correto. O doente mental, aquele excluído do convívio dos “iguais”, foi então afastado dos donos da razão, daqueles que produziam e dos que não ameaçavam a sociedade.

Tratar do doente mental foi, então, sinal de exclusão, de reclusão e asilamento. Mesmo essa realidade existindo ainda hoje se apresenta de forma mais consciente e menos exclusiva. No entanto, quando se aceita a exclusão, corre-se o risco de não aceitar a diferença. Esta não pode ser negada, sendo necessário reconhecê-la e conviver com ela sem praticar a exclusão, conforme o grande anseio da reforma psiquiátrica (GONÇALVES; SENA, 2001). Contudo, mesmo com toda a proposta de conscientização da sociedade, pode-se dizer que ainda hoje o diferente é excluído, por alguns, do contexto das relações sociais.

Na discussão sobre as mudanças surgidas no campo da saúde mental no Brasil, é importante citar a psiquiatra Nise da Silveira, que contribuiu na discussão e implementação de um modelo de atenção com práticas mais humanizadas. Ela concluiu sua formação em 1926, e dedicou-se à psiquiatria sem aceitar as formas agressivas de tratamento da época, como a internação, o eletrochoque, a insulino-terapia, entre outras. A psiquiatra fundou ao longo de sua carreira instituições que incorporaram essas práticas humanizadas no tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental, como centros de estudo, clínicas e museus, que existem atualmente e possuem parcerias com diversas instituições públicas e privadas, tendo sempre em vista o estímulo à prática de atividades expressivas como método terapêutico. Com isso, Nise da Silveira foi considerada, por muitos, uma psiquiatra rebelde, que tinha pensamentos diferentes de muitos da sua época. Na “visão da psiquiatra aquilo que se impõem à psiquiatria é uma verdadeira mutação, tendo por princípio a abolição total dos métodos agressivos, do regime carcerário, e a mudança de atitude face ao indivíduo, que deixará de ser paciente, para adquirir a condição de pessoa, com direito a ser respeitada” (MUSEU DE IMAGENS DO INCONSCIENTE, 2010).

Evidencia-se, assim, a grande contribuição da referida psiquiatra para a construção da nova prática de assistência e acolhimento ao doente mental, que respeita suas particularidades e contribui para uma vida mais digna e de qualidade.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico. O ano de 1978 foi identificado como o início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, através do

surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É especialmente esse movimento que mobiliza a todos para o controle e denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e construir, de forma coletiva, uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

No Brasil, todo esse movimento se inspira na experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e a sua crítica radical ao manicômio, revelando a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, a exemplo da Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos, no início dos anos de 1980, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. Nesse mesmo período acontecem alguns eventos para reforçar as mudanças dos paradigmas da loucura. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e, nesse mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Com a Constituição de 1988 (CF/88) é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. A CF/88 aborda a saúde do art. 196 ao art. 200, enfocando principalmente a saúde como direito de todos e dever do Estado. Dentro dessa proposta, o SUS contempla os princípios da universalidade, integralidade, igualdade e descentralização político-administrativa, que passaram a ser adotados nas ações então realizadas (BRASIL, 2005).

No ano de 1989 são implantados no Município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 h. Além disso, são criadas cooperativas, associações e residências para os egressos do hospital. A experiência do Município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se da primeira manifestação de que a Reforma Psiquiátrica não era eloquente, mas sim possível e exequível (BRASIL, 2005).

Também no ano de 1989 é apresentado o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, no Congresso Nacional, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, movidos pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar, em vários estados brasileiros, as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a se estruturar de forma mais definida. A década de 1990 também é marcada com fatos importantes para a conquista da reforma psiquiátrica, através do compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, passando a vigorar no país as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária; dispõe, também, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2004b). Ainda assim, a promulgação da Lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É através desses serviços que há possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Isso é comprovado pelas atividades oferecidas pelo serviço, como apresentado pelo Ministério da Saúde:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2004a, p. 27).

Os CAPS devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS acolher e dar atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando sempre a preservação e o fortalecimento dos laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, capaz de produzir autonomia, que possibilita ao usuário promover a responsabilização e o protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2004a).

Os Centros de Atenção Psicossocial começaram a surgir nas cidades brasileiras, na década de 1980, passando a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, a partir do ano de 2002, momento em que esses serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004a).

Foram criados diferentes tipos de CAPS, considerando em sua estruturação a cidade-sede ou o tipo de público atendido pelo centro. O CAPS I, pertencente a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona das 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira. O CAPS II, que atende a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, atende das 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira, com possibilidade de ter um terceiro período de funcionamento até 21 h. O CAPS III atende a municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 h, sem interrupção, considerando feriados e fins de semana. No entanto, o CAPS I é destinado à infância e adolescência, que atende a municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira, tendo a possibilidade de um terceiro período, com funcionamento até as 21 h. Além desse, existe o CAPSad, destinado a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas, presente em municípios com população acima de 100.000 habitantes, com

funcionamento das 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira, podendo também ter um terceiro período, funcionamento até as 21 h.

A proposta do novo modelo é destacada por Melman (2006), quando afirmou que:

As experiências institucionais substitutivas têm proposto, de uma maneira bastante diversificada e heterogênea, a retomada de uma abordagem holística 'biopsicossociocultural' interativa e complexa em relação aos transtornos mentais. A construção de um modelo de aproximação global em relação ao fenômeno da saúde e da doença mental pressupõe a utilização de múltiplas tecnologias na elaboração de estratégias e práticas terapêuticas, que não se reduzem a intervir exclusivamente na bioquímica do cérebro ou na dimensão psicológica dos fenômenos. Procura-se também ampliar suas intervenções para a esfera do trabalho, da moradia, do direito, o lazer e da cultura. Para a realização dessa tarefa é recomendável pluridimensionar o campo clínico, diversificando as linguagens e os discursos, multiplicando as formas de comunicação e conexão com outros saberes e disciplinas (MELMAN, 2006, p. 91).

A criação do CAPS no Município de Viçosa, MG, surgiu pela necessidade de adequação aos princípios que regem a Lei Federal 10.216/ 01, que dispõe sobre o novo modelo de assistência e cuidados em saúde mental.

O CAPS foi implantado em 2003, como centro de saúde mental, nos moldes da reforma psiquiátrica. Entretanto não era credenciado pelo Ministério da Saúde. Contudo, seu funcionamento continha características preconizadas para esse tipo de acompanhamento, como o trabalho em equipe identificada com o trabalho comunitário; a inserção da família e da comunidade na proposta, o vínculo e o acolhimento como estratégias fundamentais no atendimento. O CAPS acolhia os usuários e também realizava oficinas terapêuticas, com trabalhos manuais, atividades envolvendo a família e a sociedade, cursos de higiene pessoal e com o ambiente, de orçamento doméstico, de modo a buscar manutenção ou melhoria na qualidade de vida dos atendidos.

Até 2003, o serviço funcionava em uma chácara no Bairro Vale do Sol, mas, como esse bairro se encontra em local que dificultava a inclusão dos usuários, em 2004 esse atendimento foi transferido para a antiga sede da Secretaria de Saúde, região central da cidade. Seu credenciamento foi conseguido em 2007, e atualmente o CAPS *Despertar* funciona em uma área física independente de qualquer estrutura hospitalar e é um serviço de referência regional. A unidade foi cadastrada como CAPS I, atendendo aos parâmetros populacionais para a implantação do serviço, devendo ter sua rede básica com ações de saúde mental.

## 2.2. Família e portador de transtorno mental: que relação é essa?

A família é considerada a unidade básica da organização social (SERAPIONE, 1999). Pode ser compreendida como o intercâmbio simbólico entre gerações e gêneros; a mediação entre cultura e natureza e entre as esferas pública e privada (DONATI; DI NICOLA, 1996 *apud* SERAPIONE, 1999).

Para Szymanski (1997), a família é estabelecida através da decisão de algumas pessoas em conviver através do compromisso de uma ligação duradoura entre si, incluindo a relação de cuidado entre os adultos e deles com as crianças.

Serapione (1999) ainda afirmou que a família possui o importante papel de provimento de cuidados aos seus membros, sendo ela o cerne das funções de cuidar. As necessidades físicas e psicológicas do ser humano são supridas dentro da família, onde o cuidado e atenção à saúde dos seus membros são parte do seu contexto.

Waldow (2004) corroborou com Serapione (1999) quando a considerou como elemento importante no cuidado, uma vez que o “paciente” não pode ser visto sem se levar em consideração sua família quando a possui. Destacou, ainda, que o grupo familiar precisa de suporte para ajudar no cuidado de seu membro adoecido. Nessa mesma ótica, Motta (citado por WALDOW, 2004) analisou que a doença causa impactos que provocam modificações no contexto familiar, em que os hábitos familiares se modificam, refletindo nas relações. Além disso, alteram-se os papéis familiares e, de maneira mais árdua, ocorrem essas alterações quando o paciente ocupava papel de liderança. Os sentimentos são muitas vezes contraditórios e afloram em dor, medo e ansiedade, fragilizando a família.

Para Laham (2003) e Celich e Batistella (2007), a responsabilidade do cuidado ao membro doente, geralmente, recai sobre um único membro familiar, denominado cuidador principal, considerado o membro familiar (ou não) responsável pelo cuidado do familiar dependente, no que concerne às suas atividades diárias. A atribuição do papel de cuidador a um membro familiar não é aleatória, obedecendo a normas sociais de parentesco, gênero e idade e à dinâmica familiar (NERI, 2006).

Diferentes estudos, entre eles os de Laham (2003), Resta e Budó (2004), Gonçalves et al. (2006) e Azevedo e Santos (2006) têm mostrado que, na família, a mulher é a figura responsável pelo cuidado. Para esses autores, esse fato pode ser explicado, uma vez que a mulher, por tradição, normalmente não trabalha fora e, assim, tem a responsabilidade dos cuidados com os filhos e também dos doentes e

idosos. Entretanto, mesmo observando as mudanças ocorridas no seio familiar e nos papéis desempenhados pelos seus membros, inclusive o da mulher, devido à sua inserção no mercado de trabalho, as pesquisas ainda mostram que a mulher continua sendo a principal provedora de cuidados.

Além do aspecto importante do cuidado, Melman (2006) buscou refletir sobre a questão de que, ao se remeter ao universo dessas famílias, muitas vezes é observada uma realidade de preconceito, dor e exclusão, e, quando se aproxima delas, tem-se contato com esses sentimentos. É um universo tenso, reduzido, espesso, onde muitas vezes esses familiares são carentes de informações sobre a doença e de como lidar com ela em seu cotidiano, trazendo, por sua vez, conflitos na definição das prioridades dentro desse espaço. A organização de suas vidas em torno das vivências da doença é oriunda do investimento realizado nas tentativas de resolver os problemas.

Melman (2006) considerou, ainda, que a doença mental reduz a autoestima e autoconfiança das pessoas envolvidas, e isso provoca diminuição das potencialidades e oportunidades de suas vidas. A percepção negativa e estigmatizante, relacionada à doença mental, faz que se torne difícil escapar dos efeitos aterradores que ela provoca. Em compensação, diante dessa situação tão adversa, torna-se importante enfrentá-la, transformando a dor e frustrações em matéria-prima de aprendizado e contribuindo para o processo de desenvolvimento. O conhecimento e compreensão da doença têm motivado a sociedade para uma estruturação que apoie a reinserção social dos doentes e as condições de vida das suas famílias, suporte social mais próximo e mais seriamente afetado pela manifestação e desenvolvimento da doença.

Uma questão importante, trazida por Féres-Carneiro (1992), é que a configuração da dinâmica familiar, muitas vezes, traduz a formação da saúde mental dos membros de uma família, e o seu funcionamento pode ser facilitador ou dificultador dessa formação.

O envolvimento da família torna as intervenções mais eficientes e multiplica os recursos ao paciente, em especial sua adesão ao tratamento. Por ser o fator familiar tão importante na proteção da saúde ou na manifestação da doença, é necessário instrumentalizar profissionais para que esses possam reconhecer as necessidades das famílias e dar-lhes atenção especial na medida do possível (KANTORKI et al., 2001; SCAZUFCA, 2004 *apud* SOARES; MUNARI, 2007).

Quando se insere a família no trajeto da reabilitação psicossocial<sup>2</sup>, proposta pela Reforma Psiquiátrica, percebe-se a sua vulnerabilidade, que é evidenciada na dinâmica dos laços afetivos fragilizados e comprometidos pelo impacto do convívio, bem como a sobrecarga familiar, questões essas advindas do transtorno mental (SARACENO, 1999).

A sobrecarga familiar é encontrada nesses universos e pode ser definida como o estresse emocional e econômico aos quais as famílias se submetem quando um familiar sai de um hospital psiquiátrico e retorna ao lar, principalmente quando os laços familiares são rompidos pelo padrão de cronicidade associado à longa permanência em instituições psiquiátricas (GOLDMAN, 1982 *apud* SOARES; MUNARI, 2007). Dessa forma, é importante repensar o cuidado em relação aos familiares sob a perspectiva de uma nova psiquiatria, que se afasta dos modelos tradicionais, para buscar estratégias de apreensão integral e holística dos fenômenos da saúde e da doença mental (MELMAN, 2006).

De acordo com o referido autor, as intervenções familiares no tratamento dos pacientes com transtorno mental se mostram de grande importância e com muita eficácia, uma vez que promovem grande melhoria no quadro clínico, diminuem ou atenuam recaídas e reduzem o número de internações psiquiátricas. As pesquisas epidemiológicas e as experiências terapêuticas apontam a importância do envolvimento da família, especialmente no tratamento do esquizofrênico.

O bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo é diretamente influenciado pelo provimento e recebimento do suporte familiar, e a falta deste é um dos fatores que traduz em predisposições à doença mental. A percepção e recebimento de suporte pelos membros da família constituem fontes fundamentais para a manutenção da saúde mental, no que tange à promoção de benefícios nos processos fisiológicos, ao enfrentamento de situações estressantes e ao alívio dos estresses físico e mental (BASIC BEHAVIORAL SCIENCE TASK FORCE OF THE NATIONAL ADVISORY MENTAL HEALTH COUNCIL, 1996; UCHINO, 1996 *apud* SOUZA; BAPTISTA, 2008).

Melman (2006) corroborou com as questões mencionadas quando também disse que o bom funcionamento social desses pacientes está diretamente ligado à

---

<sup>2</sup> Reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias que tem por objetivo aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos e considera que é somente no interior dessas dinâmicas de trocas, que se cria um efeito habilitador (SARACENO, 1999).

disponibilidade de um suporte familiar satisfatório. Navarini e Hirdes (2008) afirmaram que alguns profissionais de saúde perceberam, então, a necessidade da família como um membro integrante do cuidado prestado ao seu familiar doente, o que influi favoravelmente no prognóstico da doença. No entanto, parece difícil cuidar da família do portador de doença mental, sem ter compreensão prévia do significado de vivenciar essa enfermidade. Isso porque, há pouco, os profissionais de saúde e as políticas de saúde mental não eram voltadas para as famílias, como um grupo capaz de ajudar na recuperação do seu familiar doente e que também necessitava de ajuda. Assim, não se pode desvincular o indivíduo do meio em que vive, uma vez que a família, enquanto grupo, previne, aceita e corrige problemas de saúde. Desse modo, não se pode separar a doença do contexto familiar; e a família, por ser elemento tão imprescindível, deve ser compreendida como aliada da equipe de saúde, atuando como recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação (KAPLAN et al., 2007 *apud* NAVARINI; HIRDES, 2008).

A família, muitas vezes, demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, de seus sintomas e efeitos, passando a enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento. Isso porque a doença significa mais do que um conjunto de sintomas e possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a própria família (NAVARINI; HIRDES, 2008).

O principal ponto positivo até agora observado em relação à inclusão da família nesse cuidado se refere fundamentalmente aos baixos números de reinternações. Isso é evidenciado por estudos, como os de Oliveira (2000<sup>3</sup> citados por Navarini e Hirdes, 2008), que mostram que os PTMs, quando atendidos no nível ambulatorial, oferecem mais alívio na sobrecarga familiar do que aqueles atendidos em nível hospitalar. Nesse sentido, Navarini e Hirdes (2008) destacaram que o cuidado domiciliar aliviou a ansiedade da família, favorecendo o aprendizado de como cuidar do seu familiar doente através de uma vivência que permite o contato direto e adaptado às suas necessidades de aprendizagem. Entretanto, sabe-se que essa realidade não é vivida por todas as famílias, havendo aquelas em que o convívio com

---

<sup>3</sup> OLIVEIRA, A. M. N. de. **Compreendendo o significado de vivenciar a doença na família:** um estudo fenomenológico e hermenêutico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

o PTM gera comprometimento na saúde da família, em sua vida social, em sua relação com os outros, no lazer, na disponibilidade financeira, na rotina doméstica e no desempenho profissional ou escolar. Isso pode trazer inúmeras outras dificuldades e gerar, muitas vezes, ansiedade e frustração, levando à internação do PTM.

Com as mudanças ocorridas na vida dessas famílias, elas procuram diversas formas para se adequarem à nova situação e, assim, atingirem novamente o equilíbrio do sistema familiar. Como exemplo de estratégias buscadas pelas famílias, podem-se citar as redes sociais que são estabelecidas visando não apenas a conquista por melhores condições de saúde, mas também dar coerência e sentido às suas vidas (MARUYAMA et al., 2009).

Nas redes de apoio, as pessoas se envolvem de forma voluntária, estabelecem relações de trocas, obrigações recíprocas e laços de dependência mútua, e, assim, o rompimento do isolamento social é possibilitado, o que favorece as condições de saúde (ANDRADE; VAITSMAN, 2002 *apud* MARUYAMA et al., 2009). Além disso, as redes de apoio são estabelecidas pelas pessoas para suprir as suas necessidades e dificuldades decorrentes da sua condição crônica. Nessas redes de apoio estão presentes os aconselhamentos e os tratamentos que passam pelos conselhos da família, vizinhos, amigos de amigos, chegando aos curandeiros populares e, ou, aos médicos, dentro do sistema de saúde (RIOS et al., 2007 *apud* MARUYAMA et al., 2009).

Além das redes sociais, vários são os recursos utilizados pelas famílias para alcançarem o equilíbrio do sistema ao qual estão inseridas, mediante as transformações ocorridas pela presença do membro portador de transtorno mental. Com isso, compreender como essas famílias realizam a administração dos seus recursos é de suma importância para a promoção de uma assistência adequada e eficaz.

### **2.3. A Administração dos recursos familiares**

A família é uma instituição social que vem sofrendo modificações na sua estrutura ao longo do tempo. Mesmo com possíveis conflitos, a família é a instituição onde se predomina o desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos seus membros, sobretudo durante a infância e a adolescência (PITTA, 2001 *apud* NAVARINI; HIRDES, 2008).

De acordo com Bryant (1992 *apud* SILVA et al., 1995), entre os vários fatores que caracterizam o grupo familiar, existem aqueles relacionados à posse e ao uso dos recursos. Recursos podem ser classificados como os meios utilizados para satisfazer as demandas dos indivíduos e famílias, podendo ser metas ou eventos que exigem ação, de modo a satisfazer as necessidades e desejos (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

Primeiramente, o grupo familiar deve possuir recursos capazes de satisfazer suas necessidades e desejos, e esses recursos devem ser repartidos entre seus membros. Além disso, a família deve escolher os recursos que mais satisfaçam suas necessidades e desejos, levando-se em consideração a maximização da satisfação, com o uso racional de recursos limitados, a fim de melhorar seu nível de bem-estar.

O estudo da administração dos recursos é importante na compreensão do planejamento e deliberação realizada pelos indivíduos e famílias para, assim, atenderem a suas demandas e alcançar suas metas (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

Para essa mesma autora:

O processo administrativo é iniciado quando a pessoa identifica um problema ou alguma coisa que ela necessita ou deseja. A partir dessa identificação, o indivíduo verifica se suas necessidades e, ou, desejos estão de acordo com seus valores e identifica os recursos necessários e os disponíveis para se atingir determinada meta. Em seguida, ele decide, planeja e implementa os seus planos, a fim de atingir certo objetivo. Durante todo o processo, o indivíduo avalia o plano e fornece *feedback* para o sistema, ou seja, avalia se algum curso de ação precisa ser mudado ou se as coisas estão acontecendo de acordo com o previsto (DAMIANO TEIXEIRA, 2005, p. 13).

Torna-se um problema quando se discute a questão da administração dos recursos, a conciliação entre recursos escassos e as necessidades crescentes. Referindo-se às famílias, a variedade de recursos, a escassez destes e as necessidades e desejos diferentes de seus membros, além dos diferentes tipos de trabalho (remunerado e não remunerado), tornam essa administração ainda mais complexa (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

Silva et al. (2008) confirmaram que nas famílias com membros que possuem algum tipo de enfermidade mental esta administração se torna mais difícil e conflituosa, uma vez que é acrescentado a ela o aumento das responsabilidades com o tratamento e cuidados com o portador de transtorno mental. Além disso, a relação

entre a família e o PTM gera grandes conflitos e dificuldades no cotidiano, como sobrecarga familiar, encargos financeiros e sociais.

A geração de renda e a acumulação de riquezas são meios de se atingir o bem-estar familiar; entretanto, apenas essas condições não são suficientes para se alcançar essa condição, uma vez que o conceito de bem-estar inclui também aspectos emocionais e psicológicos (SILVA et al., 1995).

A escassez dos recursos influencia a forma de organização e administração familiar, com efeitos na qualidade de vida individual e do grupo. Através da administração dos recursos no âmbito familiar, os membros familiares conseguem desenvolver habilidades, buscando lidar com os problemas, preveni-los e até mesmo solucioná-los (ARCUS et al., 1993 *apud* DAMIANO TEIXEIRA, 2005). Portanto, nota-se que a organização familiar influencia a forma de interação entre os membros da família, além de intervir nas ações entre estes e, destes, com o ambiente. Essas ações passam por processos de adaptações diárias na vida da família, uma vez que o funcionamento do sistema familiar é definido pelos relacionamentos entre os seus membros e entre estes e o ambiente. As decisões tomadas pelas famílias sobre como irão alocar os recursos determinarão a qualidade de vida que poderão alcançar (GOLDSMITH, 2000 *apud* DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

No que se refere ao tempo, recurso definido para o estudo, seu uso está relacionado à forma pela qual os indivíduos ocupam-no e se dedicam a determinada atividade. O uso ou a distribuição do tempo significa o tempo gasto no desenvolvimento de atividades diversas, a duração de cada atividade ou o padrão sequencial da atividade em um período de tempo. O tempo é valioso recurso, e a forma como é utilizado irá afetar a qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da sociedade (WALKER, 1980).

A administração do tempo reflete os processos pelos quais as pessoas procuram a adaptação ao seu meio ambiente. O uso do tempo, assim como de outros recursos, indica a prioridade dada a determinada atividade, regulando os valores atribuídos a ela (MARQUES, 2001).

Essa mesma autora afirmou que o indivíduo tem a possibilidade de administrar seu tempo e, com isso, conseguir realizar diversas atividades em um mesmo período. A quantidade de tempo das pessoas é fixa, o que varia é a percepção que se tem a respeito dele, sendo essa percepção influenciada pela cultura, entre outros fatores.

Analisar o uso do tempo e a administração nas famílias dos portadores de transtornos mentais se torna importante, já que a forma como cada indivíduo utiliza o tempo pode afetar sua saúde mental e física e, em consequência, também o bem-estar econômico, social e psicológico do grupo social (WALKER, 1980). Ou seja, a pessoa doente exige do cuidador tempo maior a ser gasto com os cuidados, e muitas vezes há sobrecarga de um membro da família nesse cuidado, levando ao estresse físico e mental, além de impossibilitar o uso do tempo com outras atividades. Assim, a importância de se estudar o tempo está na compreensão dos padrões básicos da família. O dia e a semana são os dois ciclos de tempo mais importantes para serem observados, de modo a buscar a compreensão desses padrões (DAMIANO TEIXEIRA, 2005). As mudanças ocorridas nas atividades diárias, ocasionadas, por exemplo, pelo transtorno mental, interferem na administração do tempo das famílias, que precisam se reorganizar para que o cuidado ao membro doente faça parte da sua rotina de atividades.

Greenhaus e Beutell (1985 citados por BRODERICK, 1993) discutiram a questão de que, quando o sistema familiar é exigente, é fato que o nível de tensão no indivíduo e nos seus relacionamentos aumentará. Esses autores afirmaram que, em famílias onde há excedente de membros dependentes de cuidado ou um déficit de pessoas competentes, provavelmente elas estarão em “risco”, uma vez que os horários para a realização das atividades estarão incertos e as expectativas ambíguas, devido à dificuldade em conciliar os horários de todas as tarefas diárias sem sobressaltos.

Os estudos do uso do tempo proporcionam informações sobre as atividades, quem as realiza e quando ocorrem, bem como a quantidade de tempo utilizado em cada uma. Essas informações não são fenômenos culturais isolados, fazendo parte do contexto cultural do indivíduo, portanto, não são desvinculadas desse contexto (DROLET, s.d.).

Uma questão que está envolvida nos estudos sobre tempo é o lazer, que inclui, na sua consideração, o aspecto do tempo situado no “tempo livre” ou “disponível”, supondo as obrigações profissionais, familiares e religiosas, entre outras (MARCELLINO, 1986). Portanto, quando se fala em mudanças ocorridas no âmbito da família, como a sobrecarga familiar e o aumento dos cuidados, advindos da presença do membro portador de transtorno mental, é importante analisar como essas mudanças repercutiram no tempo livre das famílias.

O lazer significa amplo e interdisciplinar campo de estudo e aplicação, por ser fonte de criação cultural e de resgate do homem e por favorecer uma nova socialização (FERRARI, 2005). Para Dumazedier (1976), o lazer é o conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode se entregar de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade de criadora após se livrar ou se desembaraçar das obrigações profissionais familiares e sociais. Esse mesmo autor destacou ainda que o lazer reúne três funções: o descanso, a recreação e o desenvolvimento pessoal. Além disso, Marcellino (2004, 2005) ainda apontou que o lazer é a cultura compreendida em seu sentido mais amplo, vivenciada no tempo disponível, tendo como traço definidor o caráter *desinteressado* dessa vivência. Isto é, a satisfação provocada pela própria situação é a principal recompensa buscada. A disponibilidade de tempo significa possibilidade de opção pela atividade ou pelo ócio.

Com o surgimento do CAPS, pressupõe-se que poderá haver influência do serviço na administração dos recursos das famílias dos PTMs, bem como no tempo disponível para o lazer, uma vez que o serviço oferece atividades, como: tratamento medicamentoso, realizado com remédios chamados de medicamentos psicoativos ou psicofármacos; atendimento a grupo de familiares, através de reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico; atendimento individualizado às famílias, quando estas precisam de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos; atividades comunitárias, ou seja, atividades que utilizam os recursos da comunidade e envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade.

Assim, o PTM, sendo atendido pelo serviço, recebe medicamentos gratuitamente, além de instruções e orientações quanto ao uso, o que poderá ajudar a diminuir o gasto financeiro com a sua compra pelas famílias; além disso, estas também fazem parte do tratamento, através das reuniões em grupo e individuais para esclarecimentos sobre a doença, o que pode facilitar o cuidado ao portador no âmbito familiar; e, ainda, como o membro adoecido permanece parte do dia em tratamento no CAPS, pressupõe-se que a família poderá ter mais tempo para a realização de outras atividades que não o cuidado com o PTM. Dessa forma, acredita-se em influência positiva na qualidade de vida de toda a família do PTM.

## 2.4. Qualidade de vida e saúde mental

O conceito qualidade de vida (QV) tem sido utilizado no contexto da pesquisa científica em diferentes campos do saber, como Economia, Sociologia, Educação, Medicina, Enfermagem, Psicologia e demais especialidades da saúde. Na esfera da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor, também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV. Dessa forma, têm-se incluído informações sobre QV, tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

No campo da saúde, desde os séculos XVIII e XIX, com o surgimento da medicina social, fazem-se considerações acerca do tema saúde e qualidade de vida. A ideia, que se baseava na relação entre “condições de vida”<sup>4</sup> e saúde, fez parte de um contexto em que se trabalharam questões ligadas à promoção da saúde. Especificamente, há registro de que o termo QV foi utilizado, pela primeira vez na literatura médica, na década de 1930, tendo-se desenvolvido conceitual e metodologicamente nas duas últimas décadas. Mesmo observando-se que na literatura há tentativa para o crescimento e amadurecimento da utilização do termo, ainda é nítida a falta de clareza, a multiplicidade e amplitude do termo, que, não apresentando uma única definição conceitual, até mesmo dentro do campo da saúde, deixa em aberto a consistência de seu significado, bem como a possibilidade de sua mensuração (MINAYO et al., 2000; SEIDL; ZANNON, 2004; SANTANA, 2008).

Segundo Cebotarev (1994), o conceito de qualidade de vida surgiu como reação à insatisfação às medidas e indicadores exclusivamente econômicos, de desenvolvimento, em termos de crescimento, produtividade e modernização. Assim, significa dizer que a totalidade da existência humana é considerada quando se englobam outros fatores essenciais à vida humana, além dos indicadores econômicos.

Ayres (1998) apontou que a qualidade de vida deveria ser entendida como o viver bem e de forma equilibrada, ou seja, compensador em, no mínimo, quatro áreas: Social, Afetiva, Profissional e da Saúde.

---

<sup>4</sup> Termo de referência utilizado na época e considerado como pertencente ao campo semântico da QV.

Cebotarev (1994) discutiu que uma definição específica de qualidade de vida deveria conter, além de elementos universais do bem-estar humano, outros componentes, cuja satisfação pode tomar formas variadas de acordo com as experiências vivenciadas e os valores do grupo social. Assim, a qualidade de vida deve ser analisada tanto do ponto de vista objetivo quanto do subjetivo. O aspecto subjetivo poderia ser analisado por meio da compreensão do conceito sobre qualidade de vida, assim como pelo grau de importância e pelo nível de satisfação que os indivíduos obtêm por meio do acesso a diferentes componentes de sua vida, em função de seus valores, crenças e experiências vividas.

Canavarro et al. (2005) apontaram que a qualidade de vida vai além de se ter boa saúde física e psicológica; significa sentir-se bem consigo mesmo, com o local onde se vive, com a família, os amigos e outras pessoas que o rodeiam, além de envolver estilos de vida saudáveis, cuidado de si, capacidade para realizar as atividades do dia a dia, tempo para atividades de lazer (hobbies e passatempos) e outros hábitos que façam a pessoa se sentir bem e realizada.

O interesse na qualidade de vida de indivíduos com transtorno mental começou como extensão da crescente preocupação com o retorno de doentes mentais crônicos à comunidade, em decorrência do movimento de desinstitucionalização ocorrido nos países desenvolvidos ocidentais nos anos de 1960 e 1970. Questões como segurança pessoal, pobreza e isolamento social tornaram-se preocupações pessoais dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, bem como de seus familiares, profissionais de saúde e gestores de saúde.

Segundo Katschnig (1997 *apud* SOUZA; COUTINHO, 2006), os pacientes esquizofrênicos vivendo na comunidade, quando comparados com indivíduos saudáveis, têm necessidades adicionais, relacionadas, por exemplo, aos seus sintomas, que tornam a permanência em tratamento especializado quase sempre uma necessidade constante. Esses pacientes estão, também, submetidos a diversas formas de preconceito e têm que enfrentar o estigma associado ao transtorno mental. Contudo, os indivíduos que possuem transtorno mental têm recursos pessoais limitados (habilidades sociais e cognitivas restritas) e ambientais (ausência de empregos adequados, por exemplo). Esses fatores, segundo esse autor, podem contribuir para as dificuldades desses indivíduos em usufruir qualidade de vida adequada.

Para Allardt (1995 *apud* HERCULANO, 1998), o conceito de qualidade de vida é definido com base em três verbos considerados básicos à vida humana: ter, amar e ser.

Ter refere-se às condições materiais necessárias para se viver livre de uma condição de miséria. Estão envolvidos os recursos econômicos (renda e riqueza); condições de habitação (espaço disponível e conforto doméstico), emprego (ausência de desemprego), condições físicas de trabalho (avaliado pelos ruídos e temperaturas nos postos de trabalho, estresse, rotina física), saúde (sintomas de dores e doenças, acessibilidade de atendimento médico) e educação (anos de escolaridade).

Amar refere-se à necessidade de se relacionar com outras pessoas e, assim, possibilitar a formação de identidades sociais, ou seja, a união e contatos com a comunidade local; ligação com a família nuclear e parentes; padrões ativos de amizade; união e contatos com companheiros em associações e organizações; e relação com companheiros de trabalho.

Ser está associado com a necessidade de integrar-se com a sociedade e harmonizar-se com a natureza, sendo mensuradas através de como uma pessoa participa das decisões e atividades coletivas que influenciam sua vida; atividades políticas; oportunidades de tempo e lazer; e oportunidades para uma vida profissional significativa, além de estar em contato com a natureza em atividades lúdicas e contemplativas.

Segundo Minayo et al. (2000), existe uma série de instrumentos capazes de sintetizar a complexidade do entendimento sobre qualidade de vida, além da sua relatividade quanto a diferentes culturas e realidades sociais. Alguns instrumentos trabalham apenas com aspectos objetivos e outros com aspectos objetivos e subjetivos.

Nesta pesquisa, utilizou-se a estrutura conceitual proposta por Metzger et al. (1980), que se baseia na premissa de que a satisfação com a qualidade de vida familiar está em função da *satisfação* com os vários domínios da vida e, ao mesmo tempo, da *importância* deles, em função dos objetivos e metas, em curto, médio e longo prazos. Dessa forma, a qualidade de vida deve abranger domínios ou componentes concretos da vida dos indivíduos e famílias, como também as suas avaliações subjetivas.

Os domínios da vida citados por Metzger et al. (1980) se referem a alimentação, renda, habitação, saúde, emprego, educação, condições de trabalho,

relacionamentos, lazer, serviços comunitários e ajudas. Os aspectos subjetivos se referem à forma como as pessoas pensam sobre os domínios da vida ou como percebem o valor desses componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida, ou seja, o modelo realiza a apuração da satisfação com cada domínio e o grau de importância a ele atribuído.

Para este estudo, entretanto, adaptou-se a teoria de Metzger et al. (1980), de modo a verificar os aspectos referentes às alterações em cada domínio da vida influenciadas pelo CAPS e pelo grau de satisfação com cada domínio da vida, antes e depois da entrada do PTM no CAPS, para observar como o serviço pode repercutir na qualidade de vida familiar. Assim, não se averiguou a importância dada aos domínios para as famílias em questão, mas o grau de satisfação deles com os referidos domínios, o qual é explicado por uma escala que pode variar de 1 a 4, de modo a categorizar o nível de satisfação (1 - muito insatisfeito, 2 - insatisfeito, 3 - satisfeito e 4 - muito satisfeito).

### **3. METODOLOGIA GERAL**

A metodologia apresenta a caracterização da pesquisa em questão, o local de realização, a população e amostra, os instrumentos de coleta e análise dos dados e a operacionalização das variáveis de análise.

#### **3.1. Caracterização da pesquisa**

Este estudo se configura como qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, transversal, sendo adotado como estratégia de pesquisa o Estudo de Caso. A escolha do referido método permitiu discutir a temática: Administração dos Recursos em Famílias em Situação de Vulnerabilidade, como é o caso das famílias da pesquisa, de forma mais aprofundada, uma vez que existem poucos estudos sobre o assunto.

Segundo Gil (1994), o estudo de caso é caracterizado pela pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de modo a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Além disso, Yin (2005) confirmou que esse método representa a melhor estratégia em pesquisas focadas em questões do tipo “como” e “porque” e também quando há pouco controle, por parte do pesquisador, sobre os eventos contemporâneos que se inserem em algum contexto da vida real.

Optou-se pela análise documental, questionário e entrevista semiestruturada, como técnicas de coleta dos dados.

### **3.2. Local de estudo**

A cidade de Viçosa foi escolhida para a pesquisa, situada na microrregião da Zona da Mata de Minas Gerais e localizando-se a uma distância aproximada de 225 km da capital, Belo Horizonte. Possui área geográfica de 299 km<sup>2</sup> e população estimada de 70.404 habitantes (IBGE, 2009).

A unidade empírica de análise é o CAPS de Viçosa, MG, do tipo CAPS I, que funciona das 8 h às 18 h, de segunda a sexta-feira, na Rua Sílvio Romeu, 18, Bairro de Ramos, e é um serviço público e gratuito, implantado em 2003, e de referência regional, cujo atendimento abrange Viçosa e cidades vizinhas, como Paula Cândido, Porto Firme, Teixeiras, Canaã, São Miguel do Anta, Araponga, Cajuri e Pedra do Anta. Atualmente, em média, são atendidas por mês 240 pessoas com transtornos mentais diversos.

A escolha do local justifica-se pela proximidade da pesquisadora com o local de estudo e, portanto, mais facilidade para comunicação com os profissionais e acesso às famílias do referido CAPS, além da importância deste para Viçosa e cidades circunvizinhas, podendo, com isso, contribuir com estudos que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população viçosense e cidades do seu entorno. A pesquisa foi realizada com as famílias dos portadores de transtornos mentais atendidos no CAPS no trimestre abril a junho de 2009. Buscou-se, inicialmente, o número de usuários atendidos neste período para, a partir deles, contatar sua família.

### **3.3. População e amostra**

A população da pesquisa foi caracterizada pelas famílias dos portadores de transtornos mentais, usuários do CAPS de Viçosa, MG, atendidos no serviço entre os meses de abril e junho de 2009. Os PTMs possuem transtornos do tipo esquizofrenia, transtorno bipolar, histeria e borderline, entre outros<sup>5</sup>, estando eles na faixa etária de 18 a 85 anos. A população foi definida pelo trimestre por ser o período exigido pelo SUS para a renovação do diagnóstico dos usuários do CAPS. Por exemplo, quando o sistema faz avaliação do usuário no início do mês de abril, somente no final do mês

---

<sup>5</sup> Nesta pesquisa não foi analisada a relação entre os tipos de transtorno mental com o maior ou menor uso do tempo aos cuidados, apesar de acreditar-se que haja uma possível relação entre essas variáveis. O foco do estudo foi a análise da administração do tempo familiar com os cuidados ao portador de transtorno mental e a repercussão do CAPS nesta administração, buscando entender a repercussão do serviço na vida familiar.

de junho é que o terapeuta de referência<sup>6</sup> fará reavaliação para observar possíveis mudanças no quadro do usuário, ou seja, se houve melhoras, regressões ou estabilidade a partir do tratamento proposto e assim, conseqüentemente, o profissional irá propor alterações nas documentações do usuário, enviando ao DATASUS<sup>7</sup>. Dessa forma, com a preocupação de não haver alterações no perfil de usuários selecionados para a pesquisa e respectivas famílias, considerou-se importante coletar os dados no período descrito no estudo como de estabilidade quanto ao perfil para os selecionados. Considerando o aspecto apresentado, a população foi composta de 66 famílias de portadores de transtornos mentais atendidos no CAPS.

A amostra foi intencional, determinada de forma não probabilística e de acordo com características preestabelecidas pela pesquisadora (RICHARDSON, 1999). Esses critérios se relacionaram ao PTM, ou seja: o PTM deveria ter antecedente de internação em hospital psiquiátrico, para que houvesse possibilidade de analisar a reestruturação da família devido ao retorno do membro adoecido ao contexto familiar; o portador de transtorno mental deveria residir junto com os familiares para que um destes tivesse conhecimento e condições de responder a todos os questionamentos de forma satisfatória; o PTM deveria ter iniciado o tratamento no CAPS há, no mínimo, um mês antes da coleta de dados, para que fosse possível compreender a reorganização da família. No trimestre supracitado, o número de portadores de transtornos mentais que se encaixaram nos critérios pré-definidos para a amostra foram 13 usuários. No entanto, como o objetivo foi entrevistar a família, a amostra caracterizou-se por 11 famílias, uma vez que em duas famílias havia dois membros portadores de transtorno mental atendidos no CAPS e que se encaixavam nos critérios acima mencionados. O quadro 1 ilustra essas informações, bem como apresenta a posição do portador e do cuidador na família.

---

<sup>6</sup> O terapeuta de referência é o profissional do CAPS que acolhe o PTM quando este chega ao serviço para iniciar o tratamento. Este profissional o acompanhará a partir de então, buscando uma relação de confiança.

<sup>7</sup> O DATASUS é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre Saúde. Entre outros objetivos, ele disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

Quadro 1 – Famílias participantes do estudo e posição do PTM e do cuidador na família

<b>Famílias</b>	<b>PTM (posição familiar)</b>	<b>Cuidador (posição familiar)</b>
Família 1	Filha	Mãe
Família 2	Irmão	Irmão
	Irmão	
Família 3	Filho	Mãe
	Filho	
Família 4	Filha	Mãe
Família 5	Neto	Avó
Família 6	Filha	Pai
Família 7	Irmão	Irmã
Família 8	Irmão	Irmã
Família 9	Tia	Sobrinha
Família 10	Filho	Mãe
Família 11	Irmã	Irmão

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

### **3.4. Aspectos éticos da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sob o n° 079/2009. O contato com as famílias foi feito somente após essa aprovação, bem como foi entregue uma cópia da carta de aprovação à coordenação do CAPS para atestar o compromisso da referida pesquisa com os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos.

A participação das famílias foi voluntária, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, confirmando sua participação e tendo o conhecimento sobre os objetivos, procedimentos e voluntariedade, sem prejuízos ou benefícios para si ou para o usuário do CAPS, portador de transtorno mental. Além disso, é importante ressaltar que os nomes reais das pessoas participantes deste

estudo foram substituídos por nomes fictícios, de forma a resguardar suas identidades.

### **3.5. Instrumentos de coleta de dados**

As informações foram coletadas em dois momentos, em que no primeiro foi utilizada a análise documental, a fim de obter as informações referentes aos PTM para, assim, definir a amostra. No segundo momento foram aplicados o questionário e a entrevista aos amostrados.

#### **3.5.1. Análise documental**

Esta análise foi realizada nos meses de julho e agosto de 2009, mediante consulta às APACs<sup>8</sup> (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo) dos usuários, de forma a buscar aqueles que estivessem inseridos no período de abril a junho de 2009. Após essa busca, foram analisados os prontuários desses usuários inseridos no trimestre, observando-se os critérios preestabelecidos pela pesquisadora, de forma a selecionar a amostra, e verificar quem era o principal cuidador do PTM, bem como obter os endereços e telefones das famílias para contato e agendar a entrevista.

Dos 13 usuários definidos para a amostra, seis foram de tratamento com modalidade não intensiva, quatro de tratamento com modalidade intensiva e três com modalidade semi-intensiva.

O atendimento intensivo é aquele diário oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crises ou dificuldades no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua, por meio do tratamento domiciliar, se necessário. O atendimento semi-intensivo é quando o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento também pode ser domiciliar,

---

<sup>8</sup> É um subsistema, integrante do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Constitui documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais desta natureza e o fornecimento de medicamentos excepcionais.

se necessário. Já o atendimento não intensivo é oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/, ou, no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar (BRASIL, 2004a).

Após essa fase, foi feito o contato por telefone com o cuidador do PTM, quando a pesquisadora explicou em detalhes os objetivos da pesquisa, bem como informou sobre a manutenção do anonimato dos sujeitos. Após o aceite do convite para participação, foi agendada a aplicação do questionário e da entrevista, em que ambos aconteceram no mesmo momento. Essa fase foi implementada no período de outubro a dezembro de 2009. Para a aplicação das técnicas de coleta de dados, a pesquisadora solicitou permissão para que esta ocorresse no domicílio dos entrevistados e fosse possível também observar o contexto familiar onde os PTMs estavam inseridos.

### **3.5.2. Questionário**

O questionário foi aplicado pela pesquisadora ao familiar cuidador do PTM, de modo a facilitar a compreensão dos aspectos que se faziam necessários, além da ausência de tempo ao entrevistado para responder de forma escrita. Serviu para a coleta das informações referentes ao perfil socioeconômico e demográfico da família, do portador de transtorno mental e do cuidador. Contemplou informações sobre a escolaridade, grau de parentesco com o portador de transtorno mental, ocupação, idade, estado civil e sexo, entre outras. Além disso, pretendeu-se identificar os aspectos de infraestrutura do domicílio, bem como dados referentes ao portador de transtorno mental e ao CAPS, ao tipo de tratamento do PTM e ao tempo de internação, entre outros, como pode ser observado no Apêndice A.

### **3.5.3. Entrevista semiestruturada**

Esta entrevista, cujo roteiro se encontra no Apêndice B, foi escolhida por possibilitar ao entrevistador maior flexibilidade na condução das perguntas, podendo intervir ou questionar sempre que se fizer necessário, o que possibilita riqueza de detalhes para o estudo. As entrevistas foram gravadas, mediante a aprovação do entrevistado, para validar as informações.

O referido instrumento foi aplicado ao familiar cuidador do PTM, e as questões abordadas possibilitaram a coleta de informações relacionadas a mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM na residência, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados para com ele; à identificação e análise de como a família do PTM administrou seu recurso tempo, em função do cuidado a ele despendido; à percepção da família sobre as mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, bem como à influência do serviço nas mudanças conseguidas em sua qualidade de vida.

### **3.6. Variáveis analíticas**

De acordo com Babbie (1999), para uma pesquisa científica ser válida é necessário que se tenha precisão na definição de suas categorias de análise, para que não ocorra ambiguidade com relação ao termo e respectivo uso. Marconi e Lakatos (2005) afirmaram que uma variável pode ser considerada como conceito operacional, que contém ou apresenta valores e é discernível em um objeto de estudo, sendo passível de mensuração.

Para caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico familiar dos usuários do CAPS, foram mensuradas as seguintes variáveis: número de membros na família; ocupação; sexo, tipo de relação contratual; contribuição dos membros que possuem renda para o orçamento familiar; aspectos de infraestrutura da habitação; e acesso a bens e serviços.

O perfil do PTM foi associado aos seguintes aspectos: idade; sexo; estado civil; escolaridade; se trabalha fora de casa; se possui renda; a contribuição da renda para o orçamento familiar, para os que a possuem; os atendimentos recebidos no CAPS; modalidade de tratamento no CAPS; tempo de tratamento no CAPS; e tempo total de internação<sup>9</sup> em hospitais psiquiátricos.

O perfil do cuidador familiar foi associado aos seguintes aspectos: idade; sexo; estado civil; escolaridade; relação com o familiar PTM; se trabalha; tipo de trabalho; renda; e contribuição para o orçamento familiar.

Buscando identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM na residência, bem como as estratégias adotadas para reassumir

---

<sup>9</sup> O tempo total de internação se refere à soma dos períodos de internações do portador de transtorno mental, pois o mesmo PTM pode ter sido internado várias vezes.

os cuidados do PTM, foram utilizadas as seguintes variáveis: as mudanças nos relacionamentos familiares consequentes da presença do PTM; as mudanças nas atividades realizadas pela família, bem como sua organização após a entrada do PTM no âmbito familiar; a organização da família para os cuidados ao PTM; a busca por ajuda de amigos, vizinhos, parentes, bem como de instituições especializadas; a colaboração e envolvimento dos membros da família no cuidado com o membro doente, em termos de tempo e atividades desenvolvidas; e a busca pela autonomia do PTM.

Para identificar e analisar a administração do tempo pela família do PTM, foram utilizadas as seguintes variáveis: distribuição do tempo do cuidador na execução das atividades diárias; membro familiar que possui mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não fosse o cuidado com o PTM; possibilidade de execução de outras atividades através da administração do tempo com os cuidados ao PTM; e tempo do cuidador para o lazer.

Quanto à percepção da família sobre as mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, foram utilizadas as seguintes variáveis: atuação do CAPS e influência do CAPS na administração do tempo familiar.

Quanto às questões relacionadas à qualidade de vida familiar, buscou-se identificar o significado de qualidade de vida para o familiar entrevistado, bem como se analisou a influência do CAPS na qualidade de vida, por meio da análise dos diferentes domínios da vida, de forma concreta e subjetiva, embasando-se na teoria de Metzger et al. (1980).

### **3.7. Análise dos dados**

Após a fase de coleta dos dados, iniciou-se a fase de análise das informações coletadas. Primeiramente, realizou-se a transcrição das entrevistas. Para essa etapa, foi utilizado o programa *Express Scribe*, sendo este um programa de auxílio às transcrições.

As questões fechadas provenientes do questionário foram analisadas por estatística descritiva (média e frequência), através de tabelas simples e posteriormente, comparadas considerando-se a porcentagem de aparecimento.

As questões abertas, obtidas tanto pelo questionário quanto pela entrevista, foram analisadas tendo como referência a abordagem qualitativa, constituindo-se

tarefa do pesquisador a descrição e interpretação do desempenho das pessoas e a atribuição de sentidos às suas experiências.

De acordo com Minayo et al. (2005), os dados obtidos dessa abordagem devem refletir as diversas dimensões da realidade estudada, de acordo com os objetivos definidos na pesquisa.

Foram formuladas as categorias analíticas com base nos objetivos propostos e no referencial teórico apresentado e, posteriormente, realizada uma leitura das entrevistas transcritas de modo a buscar as informações referentes a cada categoria, bem como agrupá-las de acordo com as informações comuns e identificar as diferenciações entre cada uma delas, para se chegar a resultados quantitativos, conforme se espera na abordagem qualitativa (MINAYO et al., 2005). Assim, as entrevistas foram organizadas de modo a aprofundar a compreensão das questões investigadas.

O agrupamento das informações foi feito por meio da construção de tabelas, onde foram colocadas todas as informações referentes à categoria em questão, facilitando a visão global das informações das diferentes famílias a respeito do tema determinado.

As informações encontradas, relacionadas às categorias pré-definidas, foram agrupadas em variáveis, para maior organização e facilidade de entendimento por parte do leitor, além de facilitar, *a posteriori*, a análise dos dados.

Após o agrupamento das informações, iniciou-se a fase de descrição dos dados, que, de acordo com Gil (1994), tem o objetivo de descrever, interpretar e explicar os dados coletados, de forma a responder às questões formuladas no estudo. Os dados foram discutidos considerando-se o referencial teórico do estudo, que permitiu interpretá-los, bem como fazer inferências dos resultados.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALVES, F.; SILVA, L. F.; DINIZ, A. P.; GRADÍSSIMO, C.; LIMA, C.; VIEIRA, C.; POVOA, F.; SILVA, I.; SILVA, L. F. Ele não está no seu normal – A esquizofrenia dita por doentes e seus familiares. **Revista Psiquiátrica Clínica**, v. 18, n. 3, p. 239-50, 1997.

AYRES, K. V. Qualidade de vida no trabalho e qualidade de vida: uma proposta integradora. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, Itu, SP. **Anais...** Itu, SP: ENANGRAD, 1998.

AZEVEDO, G. R.; SANTOS, V. L. C. G. Cuidador (d)eficiente: as representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Revista Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

BABBIE, E. **The practice of social research**. 8. ed. Califórnia: Wadsworth Publishing, 1999.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial**, Brasília, 7 abril 2001.

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRODERICK, C. B. **Understanding family process**. Thousand Oaks: Sage, 1993.  
CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 148 p.

CANAVARRO, M. C.; SIMÕES, M.; PEREIRA, M.; PINTASSILGO, A. L. Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida na infecção VIH da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: apresentação de um projecto. 6º Congresso Virtual HIV-AIDS. 2005. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <[http://aidscongress.net/pdf/whoqol\\_hiv\\_abstract.238\\_comunic\\_270.pdf](http://aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract.238_comunic_270.pdf)>. Acesso em: 25 maio 2010.

CEBOTAREV, E. A. Apuntes sobre aspectos básicos em la calidad de vida. In: **Mujer, família y desarrollo**. Manizales: Universidad de Caldas. 1994. p. 109-38.

CELICH, K. L. S.; BATISTELLA, M. Ser cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer: vivências e sentimentos desvelados. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 143-9, 2007.

DAMIANO TEIXEIRA, K. M. **A administração de recursos na família: Quem? Como? Por quê? Para quê?** Viçosa, MG: Ed. UFV, 2005. (Caderno Didático, 105.

DROLET, P. **La aplicacion de estudios sobre el uso del tiempo em los proyotos de desarrollo**. Viçosa, MG: DED/UFV, [s.d.]. (Notas de Aula, ECD 216 – Organização e Administração do Lar).

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

FÉRES-CARNEIRO, T. Família e saúde mental. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 8, p. 485-93, 1992.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPANÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA, E. L. S.; SANTANA, L. W. S.; VICENTE, F. R. Perfil da família cuidadora de idosos doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis-SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-7, 2006.

HERCULANO, S. C. A qualidade de vida e seus indicadores. **Ambiente e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 77-99, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 21 abr. 2009.

LAHAM, C. F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação**. 11. ed. Campinas, SP: Papirus, 2004.

\_\_\_\_\_. O lazer e o uso do tempo na infância. In: **Comunicare, IAC**, v. 4, n. 7, p. 89-99, 1986.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da animação**. 7. ed. Campinas, SP: Papirus, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARUYAMA, S. A. T.; RIBEIRO, R. L. R.; GAÍVA, M. A. M.; PEREIRA, W. R.; BELLATO, R.; COSTA, A. L. R. C. Associações de pessoas com condição crônica: a politicidade como uma estratégia na construção da cidadania. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 11, v. 3, p. 732-7, 2009.

MARQUES, N. A. C. Estudos do uso do tempo. **Revisão de Literatura: projetos uso do tempo**. Viçosa, MG: UFV/DED, 2001.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

METZEM, E.; WILLIAMS, F. L.; SHULL, J.; KEEFE, D. R. **Quality of life as affected by area of residence**. I Project description. Columbia: University Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experiment Station, 1980. 112 p. (Reserch bulletin, 1036).

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MUSEU IMAGENS DO INCONSCIENTE. **Nise da Silveira**: uma psiquiatra rebelde. Disponível em: <<http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/paineis/painel10.html>>. Acesso em: 25 maio 2010.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A Família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto** – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-8, 2008.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006.

RESTA, D. G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 53-60, 2004.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

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

SANTANA, A. F. F. de A. **Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento**. 2008. 159f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia - Te Corá, 1999.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, n. 23, v. 53, p. 81-92, 1999.

SILVA, L. L. da; MAFRA, S. C. T.; GALVÃO, A. L. C.; PEREIRA, A. C. **Melhoria da qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais e de suas famílias, atendidas pelo SUS, em Viçosa-MG**. Viçosa, MG: UFV/DED, 2008. (Relatório de Projeto de Extensão.)

SILVA, N. M. da; BRAGA, F. F.; DONZELE, M. F. Pobreza e organização econômica familiar: um estudo de caso. **Oikos**, Viçosa, v. 9, n. 1, p. 69-74, 1995.

SOARES, C.; MUNARI, D. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, v. 6, n 3, jun. 2007.

SOUZA, A. C. de. **Em tempos de PSF... Novos rumos para atenção em saúde mental?**. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, L. A. de; COUTINHO, E. S. F. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 1, p. 50-8, 2006.

SOUZA, M. S. de; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Revista Psicologia Argumento**, v. 54, n. 26, p. 207-15, 2008.

SZYMANSKI, H. Teoria e “teorias” de família. 1997. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2002.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e os cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALKER, K. Tempo – Work budgeting. **Revue Trimestrielle**, v. 4, n. 52, 1980. Trad. por Nerina Aires Coelho Marques. Viçosa, MG: UFV/DED, 1980.

YIN, R. K. **Estudo de caso** – Planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **ARTIGO ORIGINAL 1**

### **REPERCUSSÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA VIDA FAMILIAR: MUDANÇAS E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO COTIDIANO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL**

#### **RESUMO**

Este artigo discorre sobre as repercussões da Reforma Psiquiátrica na vida das famílias que possuem membros portadores de transtorno mental (PTMs), tendo o objetivo de identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do portador ao ambiente familiar, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados com eles. Para atender ao objetivo proposto, utilizou-se a análise documental, além do questionário e a entrevista. Esses dois últimos foram aplicados a 11 familiares cuidadores dos PTMs, atendidos entre abril e junho de 2009, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Viçosa, MG. Constatou-se que as principais mudanças ocorridas no âmbito familiar advindas da presença do PTM foram: a piora no relacionamento familiar; a incorporação da necessidade de cuidar; a priorização das necessidades do PTM e a reorganização do ambiente físico da habitação. Com isso, as famílias buscaram as estratégias necessárias para alcançarem novamente o equilíbrio do sistema familiar, como a religiosidade; as redes sociais; a organização familiar para os cuidados e a busca pela autonomia do PTM. Assim, percebe-se que o retorno do PTM à vida familiar repercutiu, de forma significativa,

nessas famílias, onde as mudanças pelas quais ela passou interferiram de forma direta em sua organização, nas novas e antigas relações entre os membros e na disposição dos papéis desempenhados por eles. A presença do doente mental na família provocou estresse, medo, insônia, estranhamento, sobrecarga, mas, ao mesmo tempo, sentimentos de carinho, cuidado, atenção, de querer vê-lo bem, saudável, que foram motivadores para que as unidades familiares se apropriassem da atividade do cuidado, enfrentando-a com mais desprendimento. Conclui-se que a reintegração do PTM à família altera o cotidiano familiar, principalmente a vida pessoal/profissional do cuidador, que usa seus próprios meios e estratégias para alcançar o equilíbrio do sistema familiar, pautando-se em sentimentos de obrigação pessoal, afetividade e reciprocidade.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica. Mudanças familiares. Estratégias familiares.

## **ORIGINAL ARTICLE 1**

### **IMPACT OF PSYCHIATRIC REFORM IN FAMILY LIFE: STRATEGIES AND CHANGES IN EVERYDAY CARE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER**

#### **ABSTRACT**

This article discusses the impact of Psychiatric Reform in the lives of families who have members with mental disorders (PTMs) and to identify and analyze the changes faced by the family after the reinstatement of the carrier to the family environment as well as their strategies for taking care of them. To attain this goal, a document analysis, questionnaire and interview were used. These last two were applied to 11 family caregivers of PTMs, examined between April and June 2009 at the Center for Psychosocial Care (CAPS) in Viçosa, MG. It was found that the major changes in the family resulting from the presence of a PTM were: a worsening in family relationships, incorporation of the need to care, prioritization of the needs of MNCs and the reorganization of the physical housing environment. With this, the families sought the necessary strategies to again achieve a balance in the family system, such as religion, social networks, the organization for family care and striving for autonomy of the PTM. Thus, we find that the return of a PTM to family life significantly impacted those families where the changes interfered directly in its organization, new and old relationships between members and the disposition of the

roles performed by family members. The presence of the mentally ill in the family caused stress, fear, insomnia, alienation, and overload, but at the same time, feelings of affection, care, attention, wanting to see them better, and health were motivators for family units to appropriate caring activities, confronting it with more detachment. In conclusion, the reinstatement of the PTM to a family alters the family dynamics, especially the personal/professional caregiver, using their own means and strategies to achieve the balance of the family system, based on feelings of personal obligation, affection and reciprocity.

**Keywords:** Psychiatric Reform. Family changes. Family strategies.

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência ao doente mental, durante muito tempo, apresentou-se centrada nos hospitais psiquiátricos, locais relacionados à prática e ao saber médico, cujo modelo de atenção se restringia à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configura como elemento e produto de seu conhecimento (COLVERO et al., 2004).

No modelo atual de atenção à saúde mental, vigente desde o final dos anos de 1970, a política de Reforma Psiquiátrica preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, deslocando, assim, a continuação e evolução dos tratamentos para o interior das dinâmicas familiares, mobilizadas pela inclusão do portador de transtorno mental (PTM), conforme explicitaram Colvero et al. (2004).

A família representa, no imaginário do indivíduo e da sociedade, o sistema central responsável por construir as experiências do ser humano. Portanto, o surgimento de mudanças afeta o contexto do funcionamento desse sistema e requer dele adaptações para que se possa atingir um novo equilíbrio interno, principalmente quando envolve a relação de cuidado.

No caso do doente mental, os sintomas da doença, por exemplo alucinações e delírios, juntamente com comportamentos outros considerados diferentes do habitual, desorganizam o cotidiano familiar, sendo fonte de muita preocupação, funcionando como mecanismo de *start* para a procura do serviço de saúde mental. Grandes

investimentos nas tentativas de resolver os problemas fazem que familiares passem a organizar suas vidas em torno da vivência da doença, pois se sentem restringidos e fechados em universo reduzido, sem informação qualificada suficiente para o processo de decisão, direcionando grande parte do tempo aos cuidados ao portador de transtorno mental (MELMAN, 2006).

As características da família<sup>10</sup> diante do enfrentamento do transtorno mental, a qualidade do relacionamento com o paciente e as atitudes em relação à doença são aspectos que exercem maior influência sobre o impacto da doença do que os próprios sintomas específicos. A tolerância a esses sintomas pode estar relacionada à ansiedade criada em torno da doença, a qual é influenciada pelo padrão de funcionamento e interação familiar (ROSE, 1996 *apud* SOARES; MUNARI, 2007).

Pode-se dizer que deficiência permanente ou doença crônica na família são caracterizadas como momentos de crise, ocorrendo desequilíbrio entre a adaptação e os recursos disponíveis para lidar com a questão. Torna-se necessária a superação do momento crítico, o que dependerá de como cada família reage à situação e de como ela se organiza para construir esse novo equilíbrio (PEREIRA; BELLIZZOTE, 2004 *apud* SOARES; MUNARI, 2007), buscando a homeostase.

Diante dessas questões, torna-se importante analisar as repercussões da Reforma Psiquiátrica nas famílias, identificando e analisando as mudanças pelas quais ela passa ao receber um familiar portador de transtorno mental, em seu contexto. Além disso, é também visto como importante identificar e analisar as estratégias buscadas por elas para reassumir os cuidados ao PTM e, assim, atingirem novamente o equilíbrio do sistema familiar.

Com isso, os objetivos deste estudo foram identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM no ambiente familiar, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados necessários.

---

<sup>10</sup> Essas características se referem à organização e dinâmica familiares; o conhecimento sobre a doença; seus valores etc.

## 2. METODOLOGIA

Este estudo se configura como qualitativo, de caráter exploratório descritivo, sendo adotada como estratégia de pesquisa o estudo de caso. A escolha do referido método se justifica por permitir discutir a temática, Administração dos Recursos em Famílias em Situação de Vulnerabilidade, como é o caso das famílias da pesquisa, de forma mais aprofundada, uma vez que existem poucos estudos na área.

O local de estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) *Despertar* da cidade de Viçosa, MG, considerado um serviço público oferecido pelo município e gratuito. A escolha do local se justifica pela proximidade da pesquisadora com o local de estudo, uma vez que ela já estagiou no serviço e, dessa forma, a facilidade para comunicação com os profissionais e acesso às famílias se ampliaram. Além do aspecto mencionado, o CAPS do Município de Viçosa é uma referência para os municípios circunvizinhos. A pesquisa foi realizada com as famílias dos portadores de transtornos mentais atendidos no CAPS, no trimestre de abril a junho de 2009. Buscou-se, inicialmente, o número de usuários atendidos no CAPS no período mencionado para, a partir deles, contatar as famílias relacionadas.

A população foi definida pelo trimestre por ser esse o período exigido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a renovação do diagnóstico dos usuários do CAPS. Nesse período, é feita uma avaliação do usuário que ocorre no início de abril,

e ao final do mês de junho o terapeuta de referência<sup>11</sup> fará uma nova avaliação para observar possíveis mudanças no quadro clínico do usuário, ou seja, se houve melhora, estabilidade ou regressão, a partir do tratamento proposto, e, assim, conseqüentemente, efetivará alterações nas documentações do usuário, enviando ao DATASUS<sup>12</sup>. Dessa forma, levando em conta a possibilidade de haver alterações no quadro do usuário, podendo essas provocar conseqüentes mudanças na dinâmica familiar, considerou-se importante que os dados fossem coletados em período de estabilidade do diagnóstico do usuário. Nesse sentido, a população foi composta por 66 portadores de transtornos mentais e suas famílias.

Essa população foi definida por análise documental, através de consultas às APAC's<sup>13</sup> (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo) dos usuários, para buscar informações sobre aqueles que foram inseridos no período de abril a junho de 2009. Após essa busca, analisaram-se os prontuários desses usuários, observando os critérios preestabelecidos para a caracterização da amostra.

A amostra foi intencional, uma vez que, como dito anteriormente, os critérios para a seleção dos amostrados foram preestabelecidos pela pesquisadora. Esses critérios se relacionaram ao PTM, que deveria ter um antecedente de internação em hospital psiquiátrico, para que assim houvesse possibilidade de analisar a reestruturação da família devido ao retorno do membro adoecido ao contexto familiar; o portador de transtorno mental deveria residir com os familiares para que, assim, esse familiar tivesse conhecimento e condições de responder a todos os questionamentos de forma satisfatória no que se refere a viver o cotidiano da doença; o PTM deveria estar no CAPS há no mínimo um mês antes da coleta de dados, ou seja, já teria, então, iniciado o tratamento, para que fosse possível compreender a reorganização da família durante esse processo. No trimestre supracitado, o número de PTM que se encaixou nos critérios pré-definidos para a amostra foi de 13 usuários. No entanto, como o objetivo foi de entrevistar a família, a amostra foi

---

<sup>11</sup> O terapeuta de referência é o profissional do CAPS que acolhe o PTM quando este chega ao serviço para iniciar o tratamento. Esse profissional o acompanhará a partir de então, buscando uma relação de confiança e amizade. Podem ser o psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais.

<sup>12</sup> O DATASUS é o órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. Entre outros objetivos, ele disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

<sup>13</sup> É um subsistema, integrante do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), de caráter relevante na operacionalização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Constitui um documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais dessa natureza e o fornecimento de medicamentos excepcionais.

constituída por 11 famílias, uma vez que em duas famílias havia dois membros portadores de transtorno mental, atendidos no CAPS.

As famílias foram contatadas por telefone, para agendamento da aplicação da entrevista fundamentada em um roteiro semiestruturado, considerando para tanto o principal cuidador do PTM na família. Esse aspecto foi considerado relevante no estudo, pois o cuidador está mais apto a responder às perguntas de forma a fornecer dados mais precisos em relação ao cotidiano do cuidado, no domicílio. A entrevista teve o objetivo de coletar as informações a respeito das mudanças que ocorreram na família com o retorno do PTM, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados e atingir o equilíbrio esperado no domínio da casa.

A análise das questões fechadas foi realizada por estatística descritiva (média e frequência), utilizando-se tabelas e gráficos.

As questões abertas, obtidas tanto pelo questionário quanto pela entrevista, foram analisadas tendo como referência a abordagem qualitativa, constituindo tarefa do pesquisador a descrição e interpretação de como as pessoas agem e atribuem sentidos às suas experiências. De acordo com Minayo et al. (2005), os dados obtidos nessa abordagem devem espelhar as múltiplas dimensões da realidade estudada, de acordo com os objetivos definidos na pesquisa.

Foram formuladas as categorias analíticas com base nos objetivos propostos e no referencial teórico apresentado, sendo elas: as mudanças na vida familiar e as estratégias buscadas pelas famílias e, posteriormente, realizada uma leitura das entrevistas transcritas, de modo a buscar as informações referentes a cada categoria, bem como agrupá-las de acordo com as informações comuns e identificar as diferenciações entre cada uma delas, para se chegar a resultados quantitativos.

Após o agrupamento das informações, iniciou-se a fase de descrição dos dados que, de acordo com Gil (1994), tem os objetivos de descrever, interpretar e explicar os dados coletados, de forma a responder às questões formuladas no estudo. Os dados foram discutidos com o referencial teórico, interpretando-os bem como fazer a inferência dos resultados. É importante ressaltar que os nomes dos envolvidos no estudo foram trocados por nomes fictícios de modo a preservar a identidade deles.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados estão divididos em: apresentação do perfil socioeconômico e demográfico das famílias, de modo a contextualizá-las na discussão das mudanças e estratégias buscadas; na apresentação das mudanças ocorridas no contexto familiar advindas do retorno do PTM ao âmbito familiar, após a situação da internação; e, também, as estratégias buscadas por essas famílias para os cuidados ao PTM.

#### **3.1. Perfil familiar do PTM e do cuidador**

De acordo com os dados do perfil apresentados no Quadro 1, constatou-se que o tamanho das famílias variou de dois a sete membros, sendo o tamanho médio das famílias de 4,5 membros.

A renda média mensal foi de R\$1.099,32 (desvio-padrão de R\$523,94) e a renda média *per capita*, de R\$283,90 (desvio-padrão de R\$156,03). Das famílias estudadas, 63,6% se encontravam abaixo do valor da renda média *per capita*, o que demonstra situação de vulnerabilidade social dessas famílias.

Em relação aos portadores de transtorno mental, verificou-se que a idade variou entre 30 e 48 anos, a maioria do sexo masculino (61,5%) e de solteiros (92,3%), possuindo escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto (54%).

Quadro 1 – Características das famílias dos portadores de transtornos mentais, Viçosa, MG

<b>Famílias</b>	<b>Organização familiar</b>	<b>Número de membros</b>	<b>Relação do entrevistado com o PTM</b>	<b>Idade do entrevistado</b>	<b>Escolaridade do entrevistado</b>	<b>Renda familiar (R\$)<sup>14</sup></b>	<b>Tempo de internação do PTM em H. P.<sup>15</sup></b>	<b>Tempo de tratamento no CAPS</b>	<b>Modalidade de tratamento</b>
<b>Família 1</b>	Nuclear	3	Mãe	66	Sem instrução	1.395,00	4 anos	10 anos	Não intensivo
<b>Família 2</b>	Ampliada	7	Irmão	49	Superior inc.	2.325,00	8 meses 1 ano	10 anos 10 anos	Intensivo não intensivo
<b>Família 3</b>	Ampliada	7	Mãe	66	Fundam. Inc.	450,00	6 meses 10 meses	10 anos 3 anos	Intensivo intensivo
<b>Família 4</b>	Nuclear	3	Mãe	60	Fundam. Inc.	980,00	1ano e 10 meses	5 anos	Semi-intensivo
<b>Família 5</b>	Ampliada	4	Avó	70	Sem instrução	1.380,00	1 mês	4 anos	Não intensivo
<b>Família 6</b>	Ampliada	5	Pai	65	Sem instrução	880,00	9 meses	8 meses	Intensivo
<b>Família 7</b>	Ampliada	5	Irmã	45	Sem instrução	1.345,00	7 meses	3 anos	Não Intensivo
<b>Família 8</b>	Outras configurações	2	Irmã	43	Fundamental	440,00	4 meses	10 anos	Semi-intensivo
<b>Família 9</b>	Monoparental feminina	6	Sobrinha	30	Fundam. Inc.	880,00	2 anos e meio	7 anos	Intensivo
<b>Família 10</b>	Ampliada	5	Mãe	58	Primário	880,00	1 mês	10 anos	Não intensivo
<b>Família 11</b>	Outras configurações	3	Irmão	28	Médio	1.137,50	4 meses	2 anos	Não intensivo

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

<sup>14</sup> A contribuição dos membros com o orçamento familiar se encontra no Apêndice C.

<sup>15</sup> Hospital Psiquiátrico.

Quanto aos cuidadores, constatou-se que a maioria era do sexo feminino (73%), com idade variando de 28 a 70 anos, casada (73%), com escolaridade predominante entre sem instrução (36,4%) e ensino fundamental incompleto (36,4%). Notou-se que, em 46% dos cuidadores, a ocupação era “do lar” e não possuíam renda. Dos cuidadores entrevistados, verificou-se que a maioria era a mãe do PTM (54,5%), como constatado por Rosa (2003), que mostrou que a mãe atuava como a principal provedora de cuidados dentro da família e que, na sua ausência ou impossibilidade de desempenhar essa tarefa, ela delega a função à filha, irmã, sobrinha ou outra pessoa da família, também do sexo feminino, como também relatado nesta pesquisa.

### **3.2. As mudanças na vida familiar**

A discussão das mudanças na família foi realizada considerando as seguintes variáveis: mudanças nos relacionamentos familiares devido à presença do PTM e mudanças nas atividades realizadas pela família, bem como em sua organização, após a entrada do PTM no âmbito familiar.

Inicialmente, o membro familiar responsável pelo cuidado foi questionado sobre as principais mudanças que aconteceram na família após a reintegração do PTM. As mudanças estavam relacionadas à piora do relacionamento familiar, incorporação da necessidade de cuidar e priorização das necessidades do PTM, bem como reorganização do ambiente físico da habitação.

Em relação à piora no relacionamento familiar, para nove, das 11 famílias entrevistadas, a reintegração do PTM ao núcleo familiar proporcionou problemas no relacionamento familiar, basicamente pelo comportamento agressivo do PTM com demais membros da família.

Para três famílias (famílias 1, 3 e 4), a piora no relacionamento familiar está associada à agressão física do PTM a um membro da família, o que aconteceu logo após a chegada do PTM ao âmbito familiar, entretanto ressaltaram que, na época da coleta de dados, não havia mais esse tipo de ocorrência. Os relatos a seguir demonstram a agressão física por parte do PTM:

(...)mas depois que ela veio, oh, ela batia na irmã dela, batia na cunhada, oh, já bateu no cunhado da minha filha, bateu na minha neta, bateu ne mim, me deu um soco assim perto do olho(...) (F1 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

(...)teve briga aqui dentro de casa, o problema de cabeça né. Violência. (F3 – se referindo ao seu filho com 3 anos de tratamento no CAPS).

(...)ela é agressiva comigo, já me bateu(...) (F4 – PTM com 5 anos de tratamento no CAPS).

Uma questão relatada pelos três entrevistados é que, à medida que houve convívio e relacionamento diário do PTM com sua família, além do fato de ele ter iniciado o tratamento no CAPS, não aconteceu mais o comportamento agressivo por parte dos PTMs. Tal fato pode estar relacionado com o que Melman (2006) discutiu sobre a possibilidade que o processo de desospitalização e reforma psiquiátrica traz em relação à maior valorização do doente mental enquanto cidadão e maior preocupação com sua inserção social e familiar, promovendo consequente autonomia deles e melhora em seu comportamento através das novas formas de tratamento propostos.

A proximidade do portador de transtorno mental com sua família e com a sociedade, bem como as novas formas de cuidar, com mais atenção, assistência e respeito, possibilita que o PTM progrida em seu tratamento. Para Goujor (2007), o cuidado oferecido aos PTMs nos novos serviços pautados na reforma psiquiátrica, como o CAPS, deve contemplar não apenas uma resposta pautada nos procedimentos medicamentosos para remissão de sintomas, mas, sim, pensar o indivíduo como sujeito de direito e com necessidades que incluem condições dignas de vida, como lazer, trabalho e moradia, entre outros.

De acordo com quatro famílias (5, 6, 7 e 8), a piora no relacionamento familiar está relacionada às discussões ou desrespeito do PTM a membros da família. Para essas famílias, esse fato também ocorreu logo após o retorno do PTM do processo de internação, e elas também relataram que, com o passar do tempo, esse comportamento foi sendo modificado. O depoimento da família 5 demonstra o desentendimento descrito:

Aí ficou com muita expectativa, muito cuidado, porque ele chegou muito nervoso, né, não respeitava ninguém, né, então ficamos com muito cuidado, com muita cautela com ele(...) ele desentendia com a tia e o tio, que não podia ver, né (F5 – PTM com 4 anos de tratamento no CAPS).

Para três famílias (2, 4 e 10), no entanto, essa situação persiste até hoje. Outra questão levantada foi a necessidade de cuidar do PTM, que apresentou interferências

tanto na vida pessoal quanto familiar do cuidador da família 2, que se sentia obrigado com os cuidados, e o fato de existirem dois membros PTM fez com que ele se sentisse sobrecarregado, prejudicando sua vida conjugal, como pode ser observado no depoimento a seguir:

Ah, porque, uma que não tem outra pessoa pra fazer isso, né, esse cuidado com eles sabe. Mas eu sinto meio obrigado de desempenhar isso na família né, eu fico meio preso(...) eu não levo minha vida normal, né. Eu tenho vivido mais pra eles né. A vida de casado fica meio balanceada (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

De acordo com Soares e Munari (2007), a presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos familiares ou cuidadores do paciente corresponde ao elemento do sofrimento explicitamente atribuído ao paciente, denominado *burden*. A sobrecarga pode ser tanto objetiva quanto subjetiva, e a primeira se refere aos problemas ou dificuldades verificáveis e observáveis causadas pelos comportamentos do paciente e, a segunda, aos sentimentos pessoais sobre o ato de cuidar e está relacionada às consequências da sobrecarga objetiva. Na família 2 é observada a presença das duas formas de sobrecarga: a interferência na vida conjugal é um fato, algo observável e verificável na família, em se tratando da sobrecarga objetiva, e o sentimento gerado ao cuidador se relaciona à sobrecarga subjetiva. Além disso, a convivência com a pessoa com transtorno mental altera a rotina dos membros da família, principalmente a do cuidador mais próximo, podendo trazer desesperança quanto à perspectiva de vida, como se não houvesse caminhos além do ser doente mental (PEREIRA JR., 2003).

Além disso, ao assumir a função de cuidador, os demais membros da família podem se eximir da responsabilidade, como é o caso da família 2, cujo cuidador é o membro com maior grau de escolaridade. Rosa (2003) relatou que os cuidadores dos PTMs na família têm maior escolaridade que os demais, que é um dos requisitos levados em conta pelo grupo familiar na sua seleção, pois compreendem melhor o transtorno mental por dominar ou se aproximar mais do código linguístico médico, e, assim, melhor representam a família e o PTM no espaço público, quando se faz necessário ocorrer a interação entre esses dois mundos.

Para a discussão da incorporação da necessidade do cuidado ao PTM, como outra mudança ocorrida na família, foi considerado, para esta discussão, o sentimento do cuidador com o desempenho dessa função, ou seja, se ocorreu desgaste físico ou

satisfação com o ato de cuidar e, se o cuidador se sentiu prejudicado no desenvolvimento de outras atividades, pelo fato de ser o principal membro da família a desempenhar esse papel, visando complementar e enriquecer a discussão sobre os cuidados.

Dos 11 cuidadores, 10 relataram se sentirem satisfeitos em cuidar de seu familiar portador de transtorno mental. Alegaram que realizaram esta tarefa com amor, carinho, atenção, principalmente pelo fato de os PTMs serem membros da família. No entanto, em algumas falas esse cuidar se relaciona a algo predestinado, colocado por Deus a eles, como apontou essa cuidadora: “Me sinto prazerosa de cuidar dele. E Deus tem me deixado eu pra cuidar dele, né” (F5 – Rosa). Em outra fala, percebeu-se o cuidado como forma de garantia para o cuidador quando este, porventura, precisar de cuidados futuramente, como relatou a cuidadora da família 7:

Ah, eu cuido com o maior prazer porque eu não sei o final da minha vida, se eu vou precisar de alguém né, entendeu? Porque a gente nesse mundo não pode falar que não precisa de ninguém né, igual a gente precisa mesmo. (F7 – PTM com 3 anos de tratamento no CAPS).

Essa fala nos remete à questão das trocas sociais, em que, segundo Blau (1964 *apud* SIQUEIRA, 2005), as interações de troca entre duas partes assumem dimensão econômica ou social. A troca social, que está relacionada à fala da família 7, envolve oferta de "favores que criam futuras obrigações não especificadas, sendo a natureza da retribuição deixada a cargo daquele que deverá retribuir" (BLAU, 1964, p. 94 *apud* SIQUEIRA, 2005). A troca social estaria assentada na confiança mútua, em obrigações não especificadas, gerando entre os envolvidos "sentimentos de obrigação pessoal, gratidão e confiança" (BLAU, 1964, p. 94 *apud* SIQUEIRA, 2005). Assim, como destacado pela entrevistada, o cuidado demonstra que ela espera que este seja feito a ela quando houver necessidade.

A família 2 foi a única que citou o ato de cuidar como uma função que trouxe desgaste físico ao cuidador, como mostra a fala: “Ah, eu sinto um desgaste. Me sinto muito cansado”. Talvez o fato de o cuidador relatar desgaste com o ato de cuidar se relacione à questão de não receber ajudas dos outros membros da família para o cuidado, tendo que desempenhar esse papel sozinho.

Em relação ao desenvolvimento de outras atividades que não fosse o cuidado, nove cuidadores disseram que conseguem realizá-las sem se sentirem prejudicados, alegando se sentirem alegres, satisfeitos, pacientes e capazes de

realizarem tudo que desejavam. Entretanto, na família 3 foi observado que, mesmo a cuidadora dizendo se sentir satisfeita com o ato de cuidar, em outros momentos da entrevista ela apontou a sua insatisfação no desempenho dessa função:

Porque, como dizem, parece coisa que é um destino, que é uma falta de sorte, pra dar o remédio pra ele tem o tempo e a hora. Tem o ditado, quem é dono do boi, aguenta o chifre, né. Eu sou mãe e tudo, né, pra mim não é nada pesado demais, não (F3 – PTMs com 3 e 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Talvez o fato de a cuidadora ser a mãe do PTM faz que ela não demonstre insatisfação com o cuidar, sentindo-se na obrigação de desempenhar essa função. Essa questão pode ser corroborada com o estudo de Rosa (2003), quando afirmou que a mãe é o membro do grupo familiar pressionado socialmente para assumir o provimento de cuidado, à medida que é internalizado como um encargo que lhe é devido. Assim, é caracterizado como um tipo de interação relativamente unilateral, sem grandes possibilidades de muitas escolhas por parte da mãe, que se sente com essa obrigação; não havendo, portanto, questionamento, por exemplo, sobre a divisão sexual do trabalho. Nesse sentido, embora se queixe de sobrecargas de trabalho, advindo do processo de cuidar, a mãe tem certa dificuldade em dividir esse encargo com alguém que possa auxiliá-la. Além disso, essa questão também pode se relacionar com o fato de não haver outra pessoa com quem ela possa dividir essa tarefa ou pelo baixo nível de renda da família, impossibilitando-a de contratar alguém para auxiliar no cuidado.

Duas famílias (2 e 10) disseram se sentir prejudicadas na realização de outras atividades que não fosse o cuidado. Elas alegaram que não levavam a vida normalmente e que deixavam de fazer outras coisas da rotina normal de uma família, em função do cuidado ao PTM. A fala da família 10 demonstra essa questão:

Ah boba, tem hora que a gente cansa. Tem dia que a gente fica meia cansada porque a gente tem que dar conta de tudo, né. Tem hora que a gente chega a ficar um pouquinho meia cansada (F10 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Nas duas famílias mencionadas (2 e 10), fica evidenciado o cansaço gerado pela sobrecarga de funções, principalmente no que se refere ao cuidado. Não há divisão dessa tarefa entre os membros, o que, talvez, se relacione ao fato de que eles não estão dispostos a se sentirem prejudicados no desenvolvimento de outras

atividades, relativas à rotina cotidiana de uma família sem o PTM. Além disso, a renda familiar não permite a contratação de terceiros para ajudar no cuidado e nas tarefas domésticas.

Considerando a discussão das mudanças no âmbito da família, percebeu-se que os ajustes, as negociações e os arranjos domiciliares e familiares fazem parte da discussão do cuidado ao PTM, principalmente considerando o aspecto preocupação com a vida do PTM, suas atitudes e rotinas diárias e as consequências para a vida familiar. Em todas as famílias entrevistadas, percebeu-se que houve mudanças no que diz respeito ao tempo dedicado aos cuidados com seu membro portador de transtorno mental e, para todas elas, as mudanças ocorridas e que ainda persistem diariamente são a atenção e preocupação com o comportamento e as atitudes do PTM. Como exemplo, se o PTM está dormindo bem, se está feliz, qual o comportamento perante determinadas situações, de modo a perceber possíveis alterações no seu quadro de saúde? Além dessa mudança, em algumas famílias ainda existem outras preocupações relacionadas ao estranhamento, medo, cuidado com os horários e uso da medicação e cuidados pessoais.

O estranhamento e o medo são as consequências geradas pelo cuidado. O estranhamento se relaciona à falta de costume com a doença, em que a família teve que se adaptar e buscar conhecer melhor as particularidades do PTM, para que pudesse realizar interação com um bom convívio, como mencionou a família 7: “(...) a gente estranha né, porque a gente não tem costume, né, aí depois a gente foi acostumando com ele(...)”. O medo é o sentimento gerado na família causado pelas preocupações com o comportamento e as atitudes do PTM na própria família e na sociedade, como disse a família 3: “(...) eu fico com medo dele ficar saindo, porque tenho medo dele fazer extravagância, né, porque coitado da gente, se ele fazer extravagância, a gente é pobre né, não tem dinheiro pra pagar né”; e, nessa outra fala da família 3, “(...) Medo de fugir, de acontecer qualquer coisa, desavença com os outros né, eu fico preocupada, né”.

Em três famílias (1, 2 e 3) foi relatado o dispêndio de tempo com os horários da medicação do PTM, em que a família ficava sempre em alerta. Para a cuidadora da família 1, a preocupação fica evidenciada na entrevista, quando é mencionado que, antes mesmo do medicamento faltar, seu marido já faz nova compra e, se for preciso, deixa todas as suas atividades de lado para realizar a aquisição do medicamento. Na família 2, o cuidador relatou as mudanças ocorridas na rotina da

família, principalmente quanto ao uso da medicação, uma vez que o portador de transtorno mental rejeita o uso dos medicamentos, e isso faz que o cuidador tenha que misturá-lo em bebidas para que o PTM não o perceba. As falas seguintes evidenciam as questões descritas:

(...)faltar remédio pra ela, ele não deixa acabar também não. Porque se tiver pouco, ele pega lá na prefeitura com doutor Gustavo, e não tem serviço nenhum na frente aquela hora pra ele poder não ir buscar pra ela. Nunca faltou, graças a Deus (F1 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Foi de prestar mais atenção nele, né, por causa da medicação principalmente, né, porque eles não tomam realmente por conta deles, né, são parados com a medicação, porque se parar de tomar, aí a crise vem mais complicada né. (...) Muitas vezes eu tive até que colocar o remédio em suco, né, porque ele não queria tomar mesmo, né, às vezes eu dissolvia no suco, né, eu tentava que ele tomava, né. Muitas vezes ele teve que ficar lá em casa pra eu fazer isso (...) (F2 - PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Essas preocupações com o uso do medicamento talvez se relacionem com a preocupação do cuidador para que permaneça estável o quadro de saúde do seu familiar portador de transtorno mental. Pela vivência da família com os sintomas da doença mental, como o comportamento agressivo, a dependência maior para as atividades diárias, entre outros, fez que ela passasse a perceber a importância do uso correto da medicação para a promoção da estabilidade no quadro de saúde do seu familiar. Portanto, com a preocupação de não faltar o medicamento ou que o PTM fizesse seu uso regularmente, essas famílias (1, 2 e 3) tiveram essas atitudes, descritas pelas falas das famílias 1 e 2.

Para duas famílias (3 e 8), o cuidado se relacionava com o suporte ao PTM quanto aos cuidados pessoais. Esse tipo de cuidado aconteceu na época do retorno do PTM à família, e hoje não é mais necessária essa atenção. De acordo com a família 8, quando o PTM retornou a família procurou observar seu comportamento e, assim, ver sua capacidade em desenvolver as atividades ou suas limitações com elas. Como diz a cuidadora, “ele voltou igual uma criança”:

Aí, quando ele voltou a gente pegou, sabe, assim, ver qual a dele, porque ele ficou tanto tempo fora, né, aí ele voltou igual uma criança, aí tinha que ficar vigiando ele, sobre a alimentação, parece que ele começou assim, tá aprendendo a comer a comida direito, porque eles davam sopa, sei lá o que eles davam pra ele lá, aí pra aprender, eu tive que ensinar, assim, um banho, né, fazer a barba dele (...) aí eu mesma pegava e acabava dando o banho nele sabe, punha no banheiro, dava banho, fazia a barba dele, aí ele chiava bastante (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

O hospital psiquiátrico, muitas vezes, regride ou inibi a independência do paciente, fato observado no depoimento dessa cuidadora da família 8. Castel (1988 citado por MELMAN, 2006) também afirmou que os manicômios são lugares onde não há trocas sociais, sendo um deserto humano, ético e material, inibindo, portanto, a autonomia e independência dos PTMs.

No que se refere à priorização das necessidades do PTM, foram evidenciadas as mudanças ocorridas na vida da família quanto a deixar de lado as atividades pessoais/profissionais para assumir os cuidados com o portador. Das 11 famílias entrevistadas, nove disseram que, para manter o cuidado, precisaram abandonar alguma atividade desempenhada para evitar os conflitos com o cuidado.

As mudanças na vida da família relacionadas à prioridade dada aos cuidados foram: redução na participação no mercado de trabalho na categoria emprego formal; a não execução das atividades domésticas; dificuldade de realizar viagens fora da cidade de moradia; abandono de atividades de cunho religioso (participação em reuniões paroquiais); abandono de atividades remuneradas (higienização das roupas de estudantes como forma de incrementar a renda familiar); e a perda de aulas para cuidar do PTM.

Em duas famílias (2 e 8), os cuidadores precisaram deixar o emprego para assumir os cuidados aos PTMs, e ainda, na família 2, o cuidador cuida de outros membros, como apresentado a seguir:

É, eu tenho parado com a procura de trabalho, né, porque eu tava querendo assim, um emprego igual eu fazia né, igual o condomínio que eu trabalhava né, que me dava tempo(...)Mas o meu tempo mais é gasto em função, não pra mim, mas pra minha família (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Aí na época eu tava trabalhando e larguei o emprego pra eu cuidar dele (...)Foi a minha família que me ajudou, se eu precisasse de uma roupa, alimentação (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Essa situação é frequente em famílias que possuem membros portadores de transtorno mental. Como disse Melman (2006), um familiar precisa ficar cuidando da pessoa adoecida, impossibilitando-o ter acesso a trabalho, seja no mercado formal ou informal, tendo esse que remanejar sua vida em função do PTM. Essa questão afetou as famílias do ponto de vista emocional, visto que passaram a fazer parte de sua rotina o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança e os conflitos frequentes nas relações no âmbito delas.

As mudanças relacionadas aos aspectos físicos da habitação, para se adequar às exigências físicas e mentais do PTM, foram evidenciadas em duas famílias (6 e 8).

Para a família 6, a mudança relacionou-se ao remanejamento dos móveis na casa, uma vez que a PTM voltou da internação com o comportamento não adequado e acabou quebrando-os ou, mesmo, quando auxiliava nas atividades domésticas de limpeza da casa, por exemplo, não tinha cuidado suficiente com a limpeza e organização do mobiliário, gerando, então, rápida deterioração. O relato a seguir corrobora essa afirmação:

Ah, muitas coisas nós precisou passar, porque ela não parava. Cama não parava, essa geladeira, por exemplo, eu comprei ela e não podia ficar lá na cozinha que ela, o mesmo pano de chão, ela passava na geladeira, então muita coisa precisou passar pra cá. Cama precisou de desmanchar, ela levantava os pés da cama e deixava cair, fazer aquele barulho, então tava trincando os pisos da casa tudo. Ihh, deu muito trabalho, minha filha, muito trabalho. Deus deu paciência à gente pra gente aguentar. (F6 – PTM com 8 meses de tratamento no CAPS).

Para a família 8, essa mudança se referiu à retirada dos móveis e adaptação do ambiente ao comportamento que o PTM tinha quando voltou da internação. A família sentia medo de o PTM se ferir com objetos cortantes, razão por que os retirou e os escondeu, para prevenir incidentes desta natureza, como demonstrado no depoimento a seguir:

Aí teve que mudar muito, porque se ele visse janela, ele tentava tirar, espelho do banheiro, teve que tirar tudo. A gente morava numa casa de aluguel que tinha grade, aí o dono da casa é gente boa demais e como a gente morava há muito tempo e pagava aluguel direitinho, ele deixou eu retirar a janela, pra não cortar sabe, aí tiramos o vidro da janela e o espelho (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Amaral (2009) discutiu a questão da adaptação do ambiente através da mobilização da família para a procura de estratégias que viabilizem melhor adaptação à realidade do PTM, acreditando que o prestador de cuidados tem por missão ajudar essas pessoas necessitadas dos cuidados a criarem uma maneira de viver compatível com a sua situação.

No total de mudanças ocorridas na família com a presença do portador de transtorno mental, os dados da Figura 1 evidenciam que essas mudanças foram mais incidentes na incorporação da necessidade de cuidar, que interferiram nas atividades pessoais e profissionais do cuidador, em que todas as famílias do estudo relataram a sua ocorrência.



Figura 1 – Mudanças familiares advindas da presença do portador de transtorno mental, Viçosa, MG.

Assim, a presença de uma pessoa portadora de transtorno mental produz alterações significativas no seio da família, em termos das relações; novos papéis, como de portador de transtorno mental e de cuidador; novas regras, gerando, muitas vezes, muito sofrimento aos seus membros. Foi observado que a mudança de um membro afetou todos os outros, levando as famílias a fazerem readaptações diante das limitações impostas pela doença, isto é, adotem estratégias para atingirem um novo equilíbrio do sistema familiar.

### 3.3. As estratégias familiares

Muitas famílias, quando se deparam com situações de mudanças no desenvolvimento de suas rotinas diárias, buscam, de alguma forma, estratégias para conseguirem atingir um novo equilíbrio. A doença mental na família é considerada fator de mudança, a causa de tensão, estresse e preocupações, fazendo que a família busque as formas ou estratégias de alcançar um novo equilíbrio.

Para a discussão das estratégias buscadas pelas famílias, foram utilizadas as variáveis: organização da família para os cuidados ao PTM; colaboração e envolvimento dos membros da família no cuidado, em termos de tempo e atividades desenvolvidas; a busca por ajuda de amigos, vizinhos e parentes, bem como de instituições especializadas e a busca pela autonomia do PTM. Dessa forma, a

apresentação e discussão das estratégias se centraram na religiosidade, redes sociais, organização familiar e busca pela autonomia do PTM.

A religiosidade refere-se à busca pela religião para o enfrentamento da doença mental pela família. Quatro famílias (1, 3, 5 e 10) alegaram buscar a Deus para assumir os cuidados ao PTM. A família 1 falou que “(...)de Deus e Nossa Senhora eu recebo toda hora e todo dia pra cuidar dela”. Na família 3, a cuidadora disse: – “Ah, o caso meu é rezar, pegar com Deus, né. Não é mesmo? Porque não tem como se virar né”, mostrando seu apego a Deus para enfrentar a doença mental. Já a família 10 aponta para o fato de ser somente a própria cuidadora a assumir essa função, apegando-se a Deus: “(...)porque aqui é Deus e eu mesmo que tem que cuidar deles né(...)”.

Essa questão é discutida por Pargament (1990 citado por FARIA; SEIDL, 2005), quando afirmou que muitas pessoas atribuem a Deus a resolução dos problemas de saúde pelos quais são acometidas ou quando esses problemas acometem um membro da família. Assim, a religião passa a ser um recurso emocional e comportamental para enfrentar os problemas.

No que se refere às redes sociais, estas envolvem a busca por ajuda de parentes, amigos e instituições, de modo a auxiliar nos cuidados ao PTM pela família. Essas ajudas se deram quando a família e, principalmente o cuidador, não conseguiram cumprir sozinhos o papel de cuidar. Das famílias entrevistadas, oito disseram ter pedido ajuda para vizinhos e parentes, e seis pediram às instituições. Essas ajudas estão relacionadas ao aconselhamento; transporte do PTM; compra de medicamentos; e cuidados ao PTM e à família.

Em duas famílias (5 e 6), a ajuda se concentrou nos pedidos da família aos vizinhos para aconselharem o PTM, no que se refere à sua vida e ao seu comportamento. Os relatos das famílias 5 e 6 demonstram a afirmação:

A única coisa que eu peço é esses vizinhos aqui para dar a ele uns conselhos, quando ele fica com umas conversas bobas né, aí eu peço os vizinhos aqui, da vendinha (F5 – PTM com 4 anos de tratamento no CAPS).

A gente, às vezes, tem uma ajudazinha aí, a gente agradece e tudo mas, o que a gente pede é dar uns conselhos a ela aí, conselho nunca é demais né (F6 – PTM com 8 meses de tratamento no CAPS).

Também foi relatado por duas famílias (1 e 2) o pedido de ajuda a parentes e amigos, no que se refere ao transporte do PTM. Essa ajuda foi realizada na época que

o PTM foi internado no hospital psiquiátrico, como evidenciado na fala da família 2: “(...)primo, prima(...)Até quando eu precisei internar o Ismael, por exemplo, ele até levou, ele tem carro, né, levou no carro dele. Fomos uma vez lá no carro pra fazer visita”. Percebe-se que a ajuda de parentes foi necessária antes mesmo do retorno do PTM à família, ocorrendo na época da internação.

Em estudos como o de Rosa (2003), o aconselhamento e o transporte também apareceram como formas de ajuda de vizinhos e amigos. Como aparece nas falas sobre a ajuda através de conselhos, é observado que a família 6 dispensa outras ajudas de terceiros, solicitando apenas que a ajuda viesse na forma de aconselhamento. Isso pode estar relacionado com o isolamento da família, no que se refere à atenção e cuidados ao PTM, afirmado também nos estudos de Rosa (2003): Independente da textura da rede social, parece ser relativamente consensual que o transtorno mental tende a levar ao isolamento (ROSA, 2003, p. 324).

Para duas famílias (3 e 8), a ajuda se deu principalmente pelo ganho de medicamentos de amigos e parentes. Na família 8, foi relatado que houve a necessidade de pedido dos medicamentos aos parentes e amigos, por serem medicamentos de alto custo e a família não ter tido condições de comprar:

(...)eu cheguei a pedir aos outros, remédio pro meu irmão. O remédio dele era caro demais da conta, na época não existia médico pelo SUS, eu falo mesmo, o irmão de Rafael, Bruno, nossa, aquele menino, só Deus pra ajudar ele, cansou de me ajudar com remédio pro meu irmão (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Ao ser questionada, entretanto, sobre as ajudas recebidas pela família 8, a cuidadora relatou que, de todas as vezes que a família pediu ajuda a amigos e parentes, houve apenas uma vez em que a ajuda não foi efetivada, e essa ocorreu da parte de um amigo. A negativa, na percepção da cuidadora, pode ter sido por medo, por desconhecimento, mas o que ficou mais forte para a família foi o fato de a pessoa não ter tido vontade de ajudar, como ilustrado a seguir:

(...)só tive uma pessoa que não ajudou, tipo assim, não sei se é por medo ou não sei, que fechou a porta, mas o resto tudo abriu, uma porta só fechou mas o resto tudo abriu (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Essa questão talvez se relacione com o fato de a pessoa não querer ajudar no cuidado, mas também traz para a reflexão a questão do preconceito da sociedade com

as pessoas portadoras de transtorno mental. O desconhecimento da doença e o estigma geram, conseqüentemente, afastamento e, muitas vezes, ainda é percebido o isolamento da família diante desse fato (ROSA, 2003).

Em relação às ajudas para o cuidado, duas famílias (4 e 9) relataram que o auxílio é mais solicitado aos parentes. Consideraram que a necessidade de apoio estava mais relacionada ao fato de quando a família e, principalmente, o cuidador precisavam realizar outras atividades e não há outra forma de cuidar do PTM, como relatado a seguir:

(...) eu sempre busco ajuda na casa do meu irmão, para ficar com ela, ou na casa do meu filho, se for um caso de urgência. Porque tem que olhar tudo, o dia do médico, os horários de tomar remédio (F4 – PTM com 5 anos de tratamento no CAPS).

(...) porque eu só penso uma coisa, oh, já que você pega uma pessoa pra cuidar, auxiliar, se você não der conta, não der responsabilidade, você pede alguém da família, surgiu um problema ali que você tem que resolver, sair pra resolver, você pede, liga pra alguém da família, bem próximo e pede(...) (F9 – PTM com 7 anos de tratamento no CAPS).

Nessas falas, pôde-se observar que a família de origem se sente obrigada a desempenhar o papel de cuidadora do seu familiar portador de transtorno mental, alegando como responsabilidade dela esse cuidado, e sua rede de apoio também era a família. O fato de pedirem ajuda apenas a parentes próximos pode estar relacionado ao preconceito das pessoas e, ou, ao fato de outras pessoas não saberem lidar com o PTM, devido ao desconhecimento da situação ou das características do problema. Além disso, talvez se relacione também à questão de a família considerar como algo destinado a ela. Esse fato traz para reflexão a possibilidade da existência do sentimento de culpa da família em relação à doença mental do membro familiar, discutido por Melman (2006) como sentimento de fracasso nos cuidados e ensinamentos a ele, fazendo que a família se sinta obrigada a desempenhar esse papel.

Nos estudos de Pereira e Jr. (2003), o sentimento de culpa também foi observado pelas famílias de portadores de transtornos mentais. Esse sentimento foi percebido como fator que as acompanha pela vida e traz inúmeros questionamentos acerca de erros cometidos na criação do(a) filho(a), promovendo conflito interno na tentativa de entender o problema. Na visão desses autores, a experiência de doença

trouxe o abatimento e o abalo moral do orgulho e da autoestima da família, como se a pessoa doente fosse o representante das falências do sistema familiar.

No que se refere às ajudas das instituições, estas são as ajudas solicitadas pelas famílias para o suporte ao cuidado do PTM. As instituições apontadas foram: o SUS, para o transporte do PTM e pedido de medicação; o CAPS, com o transporte dos PTM da casa até a instituição; o governo, através do benefício social conseguido; e a igreja do bairro, com alimentação, medicação e orações. Seis famílias (2, 3, 4, 8, 9 e 10) alegaram ter conseguido ajuda de instituições, como evidenciado nas falas:

Ah, teve do SUS né. É, quando precisou internar conseguiu ambulância pra levar, até pra trazer de volta quando teve alta né. Mesmo na hora da internação, porque ele internou pelo SUS (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

(...) o CAPS também, o CAPS panha eles aqui. Agora, teve uma vez que ele ficou internado, acho que daí da prefeitura também, já levou eles pra tratar fora daqui, ambulância, né, que é por conta da prefeitura, já levou também ambulância (F3 – PTMs com 3 e 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Eu consegui pelo Estado um remédio que custava mil e poucos reais, pra ele tomar, pra ver se ele melhorava. Custou mas conseguimos né mãe? Levei assim, uns três meses, Dr. João escrevendo carta sabe, explicando a situação dele, que ele tinha que mandar pra lá né, aí levou uns três meses, chegou (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

No início foi muita viu, vou falar a verdade, no início a conferência (igreja) me ajudou com remédio, me ajudou com as coisas de comer, alimento, no início eu passei um sufoco mesmo (F10 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

É interessante observar que, diante do questionamento sobre o recebimento de ajuda de instituições, apenas uma família percebeu o CAPS como ajuda. Apesar de as famílias terem relatado, em vários momentos da entrevista, que o serviço atuou de forma positiva e benéfica na vida familiar<sup>16</sup>, não o perceberam, nesse momento da entrevista, como uma instituição que ajudou.

Duas famílias (7 e 11) declararam não pedir ajudas a terceiros para o cuidado com seu membro portador de transtorno mental. Ao serem questionadas sobre essa opção, elas disseram que a família é grande e unida para o cuidado, não havendo necessidade desse tipo de ajuda, como evidenciado a seguir:

Porque assim, a gente dá conta né, a família é bem grande, eu acho que não tem necessidade não (F7 – PTM com 3 anos de tratamento no CAPS).

---

<sup>16</sup> A discussão sobre a atuação do CAPS na vida familiar será discutida de forma detalhada no 3º artigo da dissertação.

A família 11 alegou, no entanto, que a não solicitação de ajudas a terceiros também se dá pelo fato de terem medo do preconceito da sociedade com a doença mental e de isso gerar consequência negativa para o PTM, agravando a situação, principalmente considerando o convívio em sociedade:

A gente nunca pediu porque essas coisas são um pouco delicadas né, a pessoa pega e dá uma recaída, às vezes assusta sabe e às vezes, gera bastante comentário também e começa a ter preconceito dela(...) Às vezes ela tá na comunidade, aí começou a gerar um preconceito contra ela, ao invés dela recuperar mais, ela pode ter uma recaída, a recaída dela pode ser mais grave (F11 – PTM com 2 anos de tratamento no CAPS).

O fechamento da família sobre si mesma, como é observado nesse depoimento quando o entrevistado apontou para o fato de a família não pedir ajudas pelo medo do preconceito da sociedade, é trazido por Melman (2006) como um processo de culpabilização dos membros da família com a doença mental. Essas famílias são marcadas por um universo caracterizado pelo sofrimento, pela insegurança e pela culpa, e, muitas vezes, o fechamento da família sobre si mesma tem estreita relação com esses processos de culpabilização. Assim, o pensamento do autor faz-se refletir sobre a questão da culpa da família com a doença mental, como explicitado anteriormente.

No que se refere à organização familiar, em termos do cuidado do PTM, constatou-se que, em todas as famílias entrevistadas, houve modificações na forma de funcionamento do sistema familiar, ou seja, nas tarefas realizadas e em sua forma de execução, fazendo que a família se reorganizasse para assumir os cuidados.

A organização aconteceu de diferentes formas nas famílias entrevistadas, ressaltando-se que, em quatro famílias (2, 3, 4, 10), os entrevistados alegaram não existir organização entre todos os membros, mas sim organização pessoal do cuidador, no que diz respeito às suas atividades, para assumir os cuidados, como ilustrado no depoimento da família 2:

Ah, a organização da família é mais, teve que ser mais a minha né, eu que tive que me organizar, né e correr atrás de médico, (...) eu cheguei até a pagar consulta numa época que ele teve muito ruim mesmo, porque no SUS às vezes demorava, né, (...) (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Na família 10, a cuidadora alega que não ocorreu organização familiar para o cuidado, pelo fato de o cuidador não ter bom relacionamento com os irmãos, não

aceitando ajuda. Além disso, nessa família, os outros membros que residiam no domicílio também possuíam algum tipo de doença, o que causava sobrecarga de cuidados à cuidadora, como evidenciado a seguir:

(...) porque aqui é Deus e eu mesmo que tem que cuidar deles né  
(...)Porque eu tenho minhas filhas também que já casou né, mas ele não dá certo também com as irmãs. É só eu mesmo (F10 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

No caso da família 4, o cuidado é realizado de acordo com as orientações do serviço de saúde, “A gente cuida como os médicos falam(...)”, o que implica falta de conhecimento sobre a doença e suas particularidades, tendo que segui-las considerando unicamente a prescrição e orientação do médico. Esse fato é corroborado por Colvero et al. (2004), quando disseram que o familiar apresenta-se aos serviços simplesmente como “informante” das alterações apresentadas pelo doente mental, seguindo, por conseguinte, passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Dessa forma, percebe-se como é importante a orientação aos familiares quanto às particularidades da doença, promovendo suporte possível para as solicitações advindas do grupo familiar.

Para cinco famílias (5, 6, 7, 8, 9), havia a organização entre todos os membros, sendo essa realizada de modo a nunca deixar o PTM sozinho dentro de casa, ou seja, quando um membro familiar precisava realizar alguma atividade fora do domicílio ou se ausentar alguns dias, outra pessoa da família assumia os cuidados. Em duas famílias (7 e 9) foi relatado que até as crianças pequenas ajudavam em algo que precisasse. O relato da família 9, a seguir, aponta para a organização familiar para com os cuidados:

(...) se surgiu alguma coisa(...)aí minha filha mais velha auxilia, porque eu tenho um probleminha no estômago e eu tenho asma também, aí o que acontece, se eu passo mal, todo mundo junta, é até uma coisa muito engraçada, porque até as pequenas, todo mundo junta pra ajudar(...), então tem essas coisas, a gente é uma família assim, muito unida (F9 – PTM com 7 anos de tratamento no CAPS).

Essa atitude é muito importante, uma vez que alguns estudos mostram que a doença leva a um comprometimento da unidade familiar e a coesão familiar depende da flexibilidade dos seus membros e da sua capacidade de adaptabilidade (GAIVA, 1999 *apud* MARCON et al., 2007). Dessa forma, entende-se que a ajuda de todos para o cuidado torna o enfrentamento da doença menos desgastante para a família.

Em uma família (1), o pai trabalhava fora de casa todos os dias e, quando a mãe precisava realizar alguma atividade externa à casa, levava a PTM consigo, ou quando a PTM não queria ir, deixava-a sozinha, mas procurava retornar logo, com a preocupação de não deixá-la sozinha por muito tempo:

(...)Eu vou depressa, né, que a gente fica pensando, às vezes ela tá boazinha, mas a gente pensa. Às vezes ela não quer ir comigo e contrariar ela pra ir sem querer eu não vou. Aí eu vou, compro minhas coisas que eu preciso e volto pra casa, ela fica quietinha, tranquila (F1 - PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Para uma família (11), a PTM mora na zona rural com os pais e, quando surge algum problema relacionado à sua saúde, como a necessidade de consultas, a PTM vai para a cidade e permanece na casa do irmão. Assim, o cuidado é realizado por toda a família, que se organiza em função do estado de saúde da PTM. Dessa forma, quando ela se encontra na zona rural, o cuidador da cidade consegue ter mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades e, quando ela se encontra na cidade, os pais, moradores da zona rural, passam a realizar melhor outras atividades que não seja o cuidado. Essa questão foi relatada pelo irmão, que desenvolve a atividade de cuidador quando a PTM vai para a cidade:

Agora aqui, eu nem terminei de construir direito e já deparamos com esse problema e pra ela ficar só lá na casa dos meus pais, pra eu ir buscar ela pra passar no médico, essas coisas assim, direto, é muito complicado, então às vezes ela tem que ficar aqui mesmo. Assim, quando ela tá normalzinha, assim, mais legal um pouquinho a gente deixa ela lá e quando a gente vê que, ele liga pra mim e fala: “Oh Rafael, ela tá assim, tá assim, tá assim”, aí eu já pego e já busco ela e deixo ela aqui mais próxima do hospital (F11 – PTM com 2 anos de tratamento no CAPS).

Com relação à busca pela autonomia do PTM, esta se refere ao comportamento da família com o PTM de modo a deixá-lo independente na execução de atividades diárias para que houvesse melhorias em sua vida cotidiana. Das famílias entrevistadas, oito alegaram buscar a autonomia do PTM de alguma forma.

Para cinco famílias (2, 5, 6, 8 e 11), a busca pela autonomia relacionou-se com a independência para o uso dos medicamentos; ao estímulo da execução de atividades domésticas e à capacidade do PTM em permanecer sozinho, como ilustrado nas falas das famílias 2 e 6:

Ultimamente, por exemplo, com ele, às vezes eu só tenho acompanhado mais nas consultas né, e tenho deixado mais por conta dele mesmo, né, deixar ele mais independente, né (...) (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAP, cada).

Ela varre casa, lava roupa, não é bem lavada não, mas, (risos), pra ela tá lavado. Mas tá bom, aí vai passando a ajudar e vai melhorando as coisas dela, desenvolver a mente(...) Porque a gente tem que deixar ela fazer, se não tá muito certo, a gente larga, deixa pra lá (risos) (F6 – PTM com 8 meses de tratamento no CAPS).

A família 8 alegou que, muitas vezes, deixava o PTM executar a tarefa sozinho, mesmo que ele necessitasse de ajuda, tendo o intuito de estimular a prática da atividade:

(...)eu passava e fingia que não tava vendo sabe. Aí ele servia, nem que tivesse que entornar a comida tudo, eu deixava sabe, tipo assim, ele é capaz, então eu vou dar comidinha na mão? (F8 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Os cuidados diários são realizados em função do nível de autonomia e independência que o PTM possui. Sasaki (1999 *apud* ROSA, 2003) refere-se à *autonomia* como as condições de domínio do meio social e físico em que o PTM vive, permitindo preservar sua privacidade e dignidade, já a *independência* diz respeito à capacidade do PTM de decidir sobre suas escolhas de forma independente de outras pessoas<sup>17</sup>. Foi observado que, logo após o retorno do PTM à família, ele necessitou de maiores cuidados, principalmente no que se refere à higiene pessoal e ao uso dos medicamentos, tendo sua autonomia e independência limitadas pelo seu quadro de saúde. No entanto, o convívio diário com sua família e a sociedade, além de começar a ter uma nova forma de tratamento para a doença, sua autonomia, bem como sua independência, foram sendo conquistadas e ampliadas aos poucos.

Três famílias (4, 9, 10) também procuravam buscar a autonomia para seus membros PTM, mas, diferentemente das outras, os próprios PTM não tinham o interesse na realização das atividades. A cuidadora da família 10 disse que pedia ao

---

<sup>17</sup> É importante ressaltar que existem autores que conceituam autonomia e independência de uma maneira diferente da colocada nesta pesquisa. No entanto, optou-se pelas definições acima descritas por entender que esses são autores que referendam o estudo no campo da saúde mental. Entretanto, na visão de Hogstel e Gaul (1991 *apud* DIOGO, 1997, p. 59), *para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar; caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária.*

PTM ajuda para que ela pudesse ter momentos de descanso, mas ele ficava nervoso e não ajudava, como apresentado a seguir:

(...)É porque às vezes eu peço ele pra me ajudar, pra eu descansar um pouquinho, mas ele não quer. Porque se eu vou falar com ele, ele fica nervoso, então eu preferi eu mesma seguir minha tarefa (F10 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Baptista e Oliveira (2004 citados por SOUZA; BAPTISTA, 2008) discutiram a questão da busca pela autonomia, como também de outros aspectos, trazendo o conceito de suporte familiar, sendo entendido como a capacidade da família em oferecer a seus membros: constância, cuidado, carinho, atenção, diálogo, informação, autonomia, empatia, afetividade, aceitação e liberdade. Assim, esse conceito refere-se às características psicológicas que a família oferece a seu membro, com o intuito de proporcionar uma vida saudável a ele, buscando, assim, a sua integridade física e moral. Dessa forma, as famílias que buscaram, de alguma forma, a autonomia de seus membros portadores de transtornos mentais, ofereceram a ele o suporte necessário para que pudessem obter novamente uma vida digna e profícua.

Nesse sentido, entre as estratégias utilizadas pelas famílias sobressaiu a própria organização familiar, seguida pelo apoio das redes sociais, principalmente de íntimos ou familiares (Figura 2).



Figura 2 – Estratégias buscadas pelas famílias para alcance do equilíbrio do sistema familiar, Viçosa, MG.

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

#### 4. CONCLUSÕES

A partir dos resultados, pode-se perceber que o retorno dos portadores de transtornos mentais às suas famílias repercutiu de forma significativa nas famílias entrevistadas, que passaram a orientar suas vidas em torno da doença mental.

As mudanças pelas quais a família passou interferiram de forma direta em sua organização, nas novas e antigas relações entre os membros e na disposição dos papéis desempenhados por eles. A presença do doente mental na família provocou estresse, medo, insônia, estranhamento, sobrecarga, mas, ao mesmo tempo, sentimentos de carinho, cuidado, atenção, de querer vê-lo bem, saudável. Esses sentimentos foram motivadores, de certa forma, para que as famílias se apropriassem da atividade do cuidado, enfrentando-o com mais desprendimento.

É fato que a reforma psiquiátrica trouxe inúmeros benefícios ao PTM, no que diz respeito ao estímulo à sua autonomia, liberdade, convívio próximo à sua família e à sociedade, acesso a diversas áreas, como saúde, lazer, trabalho; mas, ao mesmo tempo, trouxe também limitações, pois muitas famílias não estão preparadas emocional, física e economicamente para assumir esse cuidado, o que pode comprometer ainda mais a saúde do PTM. O ato de cuidar fez que as famílias tivessem que mudar completamente o curso de suas vidas, a fim de assumirem os cuidados ao PTM. Além disso, sem terem o conhecimento necessário e adequado sobre a doença, têm-se sentido, em muitos momentos, perdidas e sobrecarregadas com os cuidados necessários no cotidiano do PTM.

Afirma-se que a família, quando apoiada e orientada, tem condições de partilhar seus problemas, sendo percebida como a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do indivíduo.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão sobre as formas de apoio e cuidado em relação aos familiares de portadores de transtornos mentais, considerando que, nos casos analisados, eles tiveram que criar seus próprios meios para ficarem à frente dos cuidados necessários ao PTM, isso graças às suas redes de apoio e ao conhecimento que tinham sobre a doença que vivenciam cotidianamente no âmbito da casa e da família. As famílias buscaram estratégias para reassumirem os cuidados aos seus familiares, como a religião, as redes, a busca pela autonomia do portador e a própria organização familiar. Dessa forma, analisar os desafios pelos quais as famílias passam, bem como as formas buscadas por elas para reassumirem os cuidados, é fundamental para que sejam propostas melhorias no que diz respeito ao atendimento familiar, na perspectiva de se ter a família como parceira no cuidado dos portadores de transtorno mental.

## 5. REFERÊNCIAS

AMARAL, M. T. M. P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 573-80, 2009.

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

DIOGO, M. J. D. E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, 1997.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e Enfrentamentos em Contextos de Saúde e Doença: Revisão de Literatura. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 3, p. 381-9, 2005.

GOUJOR, A. P. Perspectivas de cuidado na desinstitucionalização e Simpósio sobre Saúde Mental em Jurujuba: entrevista com Ana Paula Guljor. **LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**. [S.l. : s.n.t.], 2007.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MARCON, S. S.; SASSÁ, N. H.; SOARES, N. T. I.; MOLINA, R. C. M. Dificuldades e conflitos enfrentados pela família no cuidado cotidiano a uma criança com doença crônica. **Revista Ciências, Cuidado e Saúde**, m. 6, p. 411-9, 2007.

PEREIRA, M. A. O.; JR, A. P. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2003.

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

SIQUEIRA, M. M. M. Esquema mental de reciprocidade e influências sobre afetividade no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, 2005.

SOARES, C.; MUNARI, D. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 3, 2007.

SOUZA, M. S. de; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Revista Psicologia Argumento**, n. 26, v. 54, p. 207-15, 2008.

## **ARTIGO ORIGINAL 2**

### **FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DO TEMPO**

#### **RESUMO**

Considerando as exigências advindas dos cuidados e necessidades do PTM, entre outros, este estudo buscou identificar e analisar a administração do tempo pela família do PTM, em função dos cuidados a ele despendidos. Para atender ao objetivo proposto, foi feito uso da análise documental, do questionário e entrevista, que foram aplicados a 11 familiares cuidadores dos PTMs atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Viçosa, MG. Os resultados revelaram que, atualmente, o tempo é igualmente despendido nas atividades diárias, em que as famílias conseguem administrá-lo, na opinião delas, de forma efetiva. Além disso, a maioria dos cuidadores possuía tempo para as atividades de lazer com o PTM e também outras pessoas que não esse membro familiar, alegando que o transtorno mental não interferiu no tempo livre dos cuidadores. Entretanto, percebeu-se que essa facilidade estava diretamente relacionada com o bom estado de saúde do PTM, uma vez que, quando este se encontrava bem, conseqüentemente a família obtinha mais tempo para as outras atividades que não a de cuidado. Entretanto, se o membro familiar necessitasse de atenção e cuidados, seu tempo seria imediatamente voltado para o cumprimento dessa tarefa, deixando as demais como secundárias. Assim, observa-se

que o transtorno mental refletiu e, ainda reflete, de forma significativa na vida familiar, pois mesmo que, atualmente, as famílias consigam obter tempo para a realização de outras atividades que não a de cuidado, elas são capazes de deixar de lado todas as atividades para assumi-lo. Nesse sentido, pode-se concluir que a sobrecarga familiar com a saúde mental está associada com a temporalidade e a relacionalidade. O tempo destinado ao cuidado do PTM é prioritário, e a sua aprendizagem e adaptações permitem alcançar o equilíbrio do sistema familiar e, com isso, melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Transtorno mental. Administração do tempo familiar. Cuidado e cuidadores.

## **ORIGINAL ARTICLE 2**

### **FAMILY AND MENTAL HEALTH: CONSIDERATIONS ON TIME ADMINISTRATION**

#### **ABSTRACT**

Considering the demands that come from the care and needs of PTM, among others, this study sought to identify and analyze the time administration for the families of PTMs, depending on the care needed. To attain this goal, documentary analysis, questionnaires and interviews were used, which were applied to 11 family caregivers of PTMs being watched at the Center for Psychosocial Care (CAPS) in Viçosa, MG. The results revealed that in reality time is equally spent on daily activities, where families can manage it effectively, in their view. In addition, most caregivers had time for leisure activities with PTMs and also persons other than family members, supporting the argument that the mental illness does not interfere with the free time of caregivers. However, it was realized that this ease was directly related to the healthy state of the PTM when they were well, and consequently the family had more time for other activities other than care. However, if a family member needed care and attention, time would be immediately directed to fulfill this task, leaving the other activities as secondary. Thus, it was observed that the mental disorder reflected and still reflects significantly on family life, because even today families can obtain time to perform other activities other than care, and

are able to leave all activities aside to take of PTMs. As such, it can be concluded that the family burden of mental health is associated with temporality and relationality. The time devoted to the care of the PTM is a priority, and their learning and adaption allow them to achieve balance in the family system and, thus, a better quality of life.

**Keywords:** mental disorder. Administration of family time.Care and carers.

## 1. INTRODUÇÃO

As famílias, visando atender às suas necessidades básicas, objetivos e metas, buscam administrar seus recursos<sup>18</sup> materiais e humanos de modo a alcançar a satisfação de suas necessidades e a qualidade de vida do sistema familiar. A administração<sup>19</sup> de recursos na família envolve o planejamento e implementação de planos que objetivam satisfazer as demandas para se atingirem os objetivos familiares (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

De acordo com Balakrishnan et al. (1986), a satisfação das necessidades da família está relacionada à administração de todos os seus recursos disponíveis, e focaliza-se na interação de fatores e processos que influenciam a sua alocação e utilização. Para Baker e Nelson (1987), administrar requer o exame das alternativas, a busca de informações, a escolha dos padrões e os recursos a serem alocados por parte dos membros da família para, então, tomarem a decisão. A administração pode ser um processo individual ou familiar.

A escassez de recursos influencia a forma de organização e administração familiar, com efeitos na sua qualidade de vida. Dessa forma, pode-se constatar que a administração de recursos na família envolve, além da administração financeira, a

---

<sup>18</sup> Recursos são meios para satisfazer as demandas do indivíduo, ou seja, metas ou eventos que requerem ação, a fim de satisfazer as necessidades ou desejos (DAMIANO TEIXEIRA, 2005, p. 12).

<sup>19</sup> Administração refere-se à utilização dos recursos de modo a atingir as metas desejadas. Tem como função a busca pela capacidade das pessoas em realizar atividades em conjunto, podendo, dessa forma, tornar valores efetivos e as fraquezas irrelevantes (DRUCKER, 1999).

administração de papéis, demandas e funções dos membros familiares e a gerência do tempo<sup>20</sup>, foco deste estudo.

Essa administração é importante, uma vez que o tempo é recurso escasso e, além disso, atualmente é notado um crescente aumento das demandas na família, provocado pelas novas situações vividas por ela, podendo destacar o cuidado ao seu membro portador de transtorno mental, que antes era tido como responsabilidade do hospital psiquiátrico. O aumento das demandas provocou conseqüente aumento e diversificação dos papéis executados pelos membros familiares, tornando-se, ainda, mais importante a administração do tempo, já que possibilita a realização de diversas atividades em um mesmo período.

Os membros familiares, por meio da administração dos recursos no âmbito familiar, conseguem desenvolver habilidades buscando lidar com os problemas, preveni-los e até mesmo solucioná-los (ARCUS et al., 1993 *apud* DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

De acordo com Silva et al. (2008), nas famílias com membros que possuem algum tipo de enfermidade mental, essa administração se torna mais difícil e conflituosa, uma vez que é acrescentado aos diferentes papéis que os membros familiares já exercem, o aumento das responsabilidades familiares com o tratamento e cuidados com o portador de sofrimento mental. Além disso, a relação entre a família e o portador de sofrimento mental gera grandes conflitos e dificuldades no cotidiano, como sobrecarga familiar, encargos financeiros e sociais.

Pressupõe-se, assim, que as famílias de PTM priorizarão, na administração do tempo individual e coletivo, os cuidados a esse membro, gerando insatisfações e problemas na administração das demais demandas atribuídas aos diferentes papéis desempenhados pelo membro responsável pelo cuidado.

Diante do exposto, este artigo teve por objetivo identificar e analisar como as famílias que possuem membros portadores de transtorno mental realizam a administração do tempo em função dos cuidados despendidos a eles, uma vez que o tempo é recurso escasso e necessário para a execução dos diferentes papéis que um indivíduo assume ao longo de sua trajetória de vida.

---

<sup>20</sup> A definição de tempo se relaciona a um período medido ou mensurável, sendo economizado, gasto e alocado de modo a atingir o desejado. Por ser escasso, é considerado um recurso, portanto, é necessário administrá-lo e controlá-lo conscientemente, a fim de que as necessidades sejam satisfeitas e os objetivos atingidos (DAMIANO TEIXEIRA, 2005).

## **2. METODOLOGIA**

O estudo foi realizado na cidade de Viçosa, situada na microrregião da Zona da Mata de Minas Gerais, que se localiza a uma distância aproximada de 225 km da capital, Belo Horizonte. Possui área geográfica de 299 km<sup>2</sup> e população estimada de 70.404 habitantes (IBGE, 2009). A unidade empírica de análise foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Viçosa, MG, do tipo CAPS I, que funciona das 8 às 18 h, de segunda a sexta-feira.

A pesquisa configura-se em estudo qualitativo, de caráter exploratório-descritivo, transversal, adotando-se o estudo de caso como estratégia de pesquisa. Segundo Gil (1994), o estudo de caso é caracterizado pela pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de modo a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado.

A população da pesquisa foi caracterizada pelas famílias dos portadores de transtornos mentais, usuários do CAPS de Viçosa, MG, atendidos no serviço entre os meses de abril e junho de 2009. Buscou-se, inicialmente, o número de usuários atendidos no CAPS no período mencionado para, a partir deles, contatar as famílias relacionadas. A população foi composta de 66 famílias de portadores de transtornos mentais atendidos no CAPS.

A amostra foi intencional, onde se estabeleceram critérios pela pesquisadora para a sua composição. Esses critérios foram buscados mediante a análise documental, sendo eles: o PTM deveria ter um antecedente de internação em hospital psiquiátrico, para que assim houvesse possibilidade de analisar a reestruturação da

família devido ao retorno do membro adoecido ao contexto familiar; o portador de transtorno mental deveria residir junto com os familiares, para que assim eles tivessem conhecimento e condições de responder a todos os questionamentos de forma satisfatória; o PTM deveria ter iniciado o tratamento no CAPS há no mínimo um mês antes da coleta de dados, para que fosse possível compreender a reorganização da família.

No trimestre citado anteriormente (abril a junho de 2009), o número de portadores de transtornos mentais que atenderam aos critérios pré-definidos para a amostra foram 13 usuários. No entanto, como o objetivo foi entrevistar a família, a amostra foi constituída por 11 famílias, uma vez que em duas famílias havia dois membros portadores de transtorno mental, atendidos no CAPS e que se encaixavam nos critérios estabelecidos para a pesquisa.

Para alcançar os resultados propostos pelo objetivo, utilizaram-se análise documental, questionário e entrevista. A análise documental foi a primeira etapa realizada e se fez necessária para a coleta das informações sobre os critérios preestabelecidos pela pesquisadora, de modo a verificar quais famílias se encaixariam na pesquisa. Após essa etapa, fez-se contato com as famílias, agendando as entrevistas que aconteceram nesses domicílios. O questionário e as entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado e foram aplicados no mesmo momento, com o principal cuidador do portador de transtorno mental. A escolha por esse membro familiar se justifica por ser considerado o membro capaz de responder às perguntas de forma satisfatória.

Para se alcançarem os resultados referentes ao objetivo proposto, foi utilizada como categoria de análise a administração do tempo pela família do PTM, por meio das seguintes questões: Como você distribui o seu tempo, no seu dia a dia (atividades pessoais, familiares, profissionais e do cuidado)?; Quem possui mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não seja o cuidado com o PTM?; Você acha que a forma como cuida do PTM é favorável para que você tenha tempo de exercer outras atividades?; O que cada membro faz e o que deixa a pessoa mais cansada?; Você realiza alguma atividade de lazer com o PTM?; E sozinho?; E com outras pessoas que não seja o PTM?

Os procedimentos de análise dos dados consideraram a análise estatística descritiva (média e frequência), conjugada com interpretação das falas dos entrevistados, referendando-se na abordagem qualitativa.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados referem-se às informações do perfil socioeconômico familiar, do cuidador e do portador de transtorno mental, de modo a situar as famílias do estudo na discussão sobre a administração do tempo, bem como a apresentação e análise dos resultados referentes ao objetivo proposto.

#### **3.1. Perfil familiar do cuidador e do PTM**

No que se refere ao perfil familiar, foi verificado que a habitação precisou passar por mudanças para atender às necessidades do familiar portador de transtorno mental em duas famílias (18%), sendo essas a necessidade de disponibilização de um quarto separado para o PTM e a retirada de vidros e espelhos do domicílio para evitar riscos de acidentes. De acordo com os entrevistados, essas mudanças realizadas contribuíram para a otimização do uso do tempo, no sentido de possibilitar a execução de outras atividades e não mais se preocuparem com a situação existente inicialmente, qual seja o uso do tempo despendido nos cuidados ao PTM.

Quanto aos portadores de transtornos mentais, constatou-se que nenhum deles trabalhava e que sete deles (54%) possuíam renda, obtendo-a através do benefício social conseguido, na maioria das vezes, através do CAPS, devido ao transtorno mental. O fato de os portadores de transtornos mentais não trabalharem fora de casa vai ao encontro com o que disse Melman (2006), quando afirmou que os pacientes psiquiátricos possuem grandes obstáculos para ter uma vida econômica ativa,

implicando situação de dependência maior da família, tornando os custos com medicação, tratamento, alimentação, vestuário, transporte muito alto, mesmo quando esses fazem uso do serviço público de saúde.

No que se refere aos cuidadores, constatou-se que, para 46% deles, a ocupação era “do lar” e não possuíam renda. Dos cuidadores entrevistados, verificou-se que a maioria era a mãe do PTM (54,5%), como constatado por Rosa (2003), que mostra que a mãe atua como a principal provedora de cuidados dentro da família e que na sua ausência ou impossibilidade de desempenhar essa tarefa, ela delega a função à filha, irmã, sobrinha ou outra pessoa da família, também do sexo feminino, como também relatado nesta pesquisa.

### **3.2. Repercussão dos cuidados ao PTM na administração do tempo familiar**

As discussões sobre a administração do tempo se referem tanto a aspectos familiares quanto pessoais do cuidador, sendo consideradas as seguintes variáveis: distribuição do tempo do cuidador na execução das atividades diárias; membro familiar que possui mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não fosse o cuidado com o PTM; possibilidade de execução de outras atividades através da administração do tempo com os cuidados ao PTM; e tempo do cuidador para o lazer.

Em relação à distribuição do tempo do cuidador nas atividades diárias, esta se refere à forma como esse distribuiu seu tempo na execução de todas as atividades realizadas por ele, sejam elas pessoais, domésticas, profissionais e do cuidado ao PTM, de modo a verificar as repercussões do cuidado na administração do tempo do cuidador.

Para seis cuidadores (1, 3, 5, 8, 9 e 10) foi relatado que o seu tempo é igualmente despendido nas atividades diárias, conseguindo realizar “cada coisa um pouquinho”, como mencionou a cuidadora da família 1. Foi observado que nessas famílias, o PTM possuía um tempo de tratamento no CAPS igual a 10 anos. Com isso, pode-se inferir que o tratamento no CAPS atuou de forma positiva no progresso e estímulo à independência do PTM, o que fez que a família e, principalmente, o cuidador pudesse gastar seu tempo na execução de todas as atividades cotidianas. Entretanto, os cuidadores relataram que mesmo conseguindo realizar todas as atividades de forma uniforme, se preocupavam com o estado de saúde do PTM,

ficando sempre atento a qualquer mudança em seu comportamento. Sempre que necessário, a prioridade era o cuidado ao PTM, direcionando seu tempo para a execução dessa tarefa, como apontou a cuidadora da família 3:

(...), cada coisa um bocadinho, um bocado eu cuido dele, cuido do serviço de casa, cuido dele, de todos dois, todas as duas coisas. Agora, quando ele tá aloprado mesmo, aí o mais é dele né, que eu cuido. E quando ele fica mais calmo um bocadinho já contribui (F3 – PTMs com 3 e 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Macêdo (2004 citado por NAVARINI; HIRDES, 2008) afirmou que a preocupação com o bem-estar do portador de transtorno mental é algo contínuo no cotidiano dessas famílias que buscam, em suas tomadas de decisão, confortá-lo. O cuidado parece constituir o cerne das relações no convívio diário, sendo considerado como prioritário diante de qualquer outra situação que possa vir a ocorrer em sua vida. Dessa forma, fica evidenciado que, para as famílias do estudo, o cuidado ao PTM é a sua prioridade e preocupação maior, sendo capazes de deixar de lado outras tarefas para, então, assumir os cuidados com o PTM, caso ele necessite.

Uma questão observada foi que apenas a cuidadora da família 9 administrava seu tempo de forma consciente, ou seja, ela se organizava de modo a obter tempo para realizar todas as atividades que desejava ao longo do dia ou da semana, como é ilustrado em sua fala:

Eu tenho que organizar meu tempo ali pra dar, porque a vida é muito corrida, é família, é coisa e tal (...) eu vou distribuindo. Ou então eu organizo durante a semana, que se eu não organizar, não dá. Tem que planejar, não tem jeito não (F9 – PTM com 7 anos de tratamento no CAPS).

De acordo com Damiano Teixeira (2005), todas as pessoas realizam a administração dos recursos, mas apenas algumas a fazem de forma consciente ou refletem sobre a forma como a realiza. Supõe-se que essa cuidadora se organizava, principalmente, por estar em uma família monoparental, chefiada por uma mulher, uma vez que, de acordo com essa autora, as mulheres geralmente enfrentam maiores dificuldades com a administração de recursos ao serem comparadas aos homens, que possuem maiores salários no mercado de trabalho e, culturalmente, menos responsabilidades domésticas (DAMIANO TEIXEIRA, 2005). Esse fato dificulta a administração dos recursos, em especial o tempo, por essa família, que precisa se organizar para que esse recurso se torne disponível a todas as atividades que deseja

realizar. Além disso, a presença de outros membros favorece o processo administrativo, uma vez que o tempo dedicado ao cuidado pode ser dividido entre os membros.

Ainda foi alegado pela cuidadora da família 9 que o tempo para si mesma ficou pequeno, uma vez que ela se sentia na obrigação de se dedicar, primeiro, às outras atividades. Dessa forma, seu tempo já estava definido de acordo com as tarefas a serem executadas ao longo do dia e da semana, sendo impossível, de acordo com a entrevistada, realizar mudanças para que pudesse ter mais tempo no desenvolvimento de outras.

Para três famílias (2, 4 e 6), os cuidadores alegaram que o tempo é despendido, principalmente, para os cuidados ao PTM. O cuidador da família 2 relatou que seu tempo é despendido em função de um dos PTM da família, que não quer seguir o tratamento proposto pelo CAPS de forma correta e diária, tornando-o mais dependente de cuidados. Além disso, o PTM é diabético, sendo o cuidador a pessoa a aplicar diariamente a insulina, tarefa acrescentada à sua rotina diária, como ilustrado a seguir:

(...)porque ele não participa, ele não quer participar do CAPS, né. Ele não, ele começou ir e depois com muita insistência minha, né, eu mesmo indo com ele, mas ele não quer.(...)ele é diabético, aí de manhã eu chego e aplico insulina, né (...) aí eu faço isso e depois vou fazer minha atividade normal(...) (F2 – PTMs com 10 anos de tratamento no CAPS, cada).

Melman (2006) apontou para o fato de que, em famílias que possuem membros portadores de transtorno mental, há grande preocupação do familiar responsável pelo cuidado para a resolução dos problemas relacionados à doença, havendo prioridade quanto a suprir as necessidades do PTM, o que diminui o tempo do cuidador para outros relacionamentos e atividades. Essa questão foi presenciada nas famílias 2, 4 e 6 e ilustrada pela fala da família 2, as quais relataram gastar a maior parte de seu tempo nos cuidados ao PTM, diminuindo o tempo na execução de outras atividades.

Apesar de as famílias 4 e 6 relatarem que gastaram a maior parte do seu tempo principalmente com os cuidados ao PTM, elas conseguiam, também, realizar atividades que, no início da convivência com o PTM, não era possível. Essa situação pode-se relacionar com o fato de que, no início da convivência da família com o PTM, as mudanças ocorridas na rotina familiar fizeram com que ela tivesse que se

organizar de modo a atingir o equilíbrio do sistema. Assim, aos poucos, a incorporação do cuidado foi sendo realizada por ela, fazendo parte da sua rotina diária. As adaptações ocorridas em seu contexto fizeram com que ela conseguisse, então, realizar atividades que, no início da convivência com o PTM, não eram possíveis. Essa questão da adaptação familiar surgida com o tempo é relatada por Jeon e Madjar (1998 citados por Pereira e Bellizzoti, 2004), em seus estudos com familiares que cuidavam de um membro portador de doença mental. Eles encontraram dois temas centrais no estudo: a relacionalidade e a temporalidade, em que perceberam que, a partir do estágio inicial do transtorno mental, os familiares passaram a aceitar sua situação e voltar a desenvolver atividades da sua rotina, processo que ocorreu ao longo do tempo.

Lawton et al. (2000 *apud* NERI, 2006) corroboraram essa afirmação quando relataram que, no início do papel de cuidador, as exigências do cuidado parecem ser mais fortes e, ao longo do tempo, o senso de sobrecarga pode se tornar estável ou diminuir. Essa questão é realizada devido a uma gama de processos na vida do cuidador, como a aprendizagem no desempenho das tarefas ou o estabelecimento de novos níveis de adaptação para comportamentos e estados psicológicos.

Para os cuidadores, esse cuidado se relacionava à precaução às atitudes e comportamentos do PTM, com a justificativa de que a qualquer momento poderia haver sua recaída. Os dois cuidadores alegaram que o CAPS atuou de forma satisfatória e eficaz no tratamento dos PTMs, tornando-os mais independentes<sup>21</sup>. Essa questão é corroborada por Campos (1992), quando considera os serviços que possuem um trabalho terapêutico, como é o caso do CAPS, capazes de ampliar a capacidade de independência do paciente. As atividades promovidas pelo CAPS e outros locais de apoio ao PTM e sua família permitem, também, que o cuidador tenha aquele tempo disponível para a realização de outras atividades que não a de cuidado. Para ilustrar, é apresentada a fala da cuidadora da família 4, que relatou ter iniciado atividades de hidroginástica depois que a filha passou a frequentar o CAPS e também a APAE Rural:

Mas depois que ela entrou no CAPS e na APAE rural, eu passei a fazer hidroginástica. Quando ela ta lá, eu faço, três vezes por semana. Não fico dentro de casa (F4 - PTM com 5 anos de tratamento no CAPS).

---

<sup>21</sup> A discussão sobre as influências do CAPS na vida familiar será trabalhada de forma detalhada no 3º artigo desta dissertação.

Para as famílias (2, 4 e 6) que relataram gastar a maior parte do seu tempo com os cuidados ao PTM, percebeu-se que o gasto do tempo dos cuidadores se restringia à atenção e observação de suas atitudes. O fato de terem alegado gastar mais tempo com o PTM, mesmo que esse tempo fosse a atenção e observação às atitudes desse indivíduo, traz para a reflexão a possibilidade desse fato se relacionar com o histórico de problemas ocorridos na família na época das crises e quadro de saúde instável do portador, fazendo que a família se preocupasse constantemente com suas atitudes e comportamentos. Dessa forma, passaram a vincular a preocupação constante com o maior gasto de tempo ao PTM. Para essas famílias, ainda o CAPS se fez um serviço importante para o tratamento do PTM, capaz de influenciar positivamente a organização da rotina diária de atividades do cuidador e também da família.

Nesse aspecto, a cuidadora da família 8 também relatou a importância do CAPS para o tratamento do portador:

Tipo assim, igual quando ele começou a ir para essa clínica (CAPS), era todo dia, aí eu levava ele cedo, deixava ele lá, e saía para fazer as minhas coisas. Aí quando acabava, eu passava lá e pegava ele, foi até ele acostumar e passar a aceitar, porque ele não aceitava de jeito nenhum (F8 - PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Percebe-se, a partir desse depoimento, que o CAPS influenciou a administração do tempo do cuidador, tornando-o mais livre para desenvolver outras atividades no momento em que o PTM se encontrava no serviço realizando o tratamento. Além disso, foi relatado que com o tempo, houve maior aceitação do PTM para ir ao CAPS, tornando-o mais independente e fazendo que ele passasse a ir sozinho, outra questão que possibilitou o desenvolvimento de outras atividades pela cuidadora.

Para duas famílias (7 e 11), os cuidadores disseram gastar mais o seu tempo com atividades domésticas e profissionais, respectivamente. Nessas duas famílias foi observado que havia organização entre os membros para o cuidado ao PTM, podendo ser motivo para que essa função não desencadeasse grande tempo na sua execução. A cuidadora da família 7 cuidava sozinha dos afazeres domésticos, dizendo que gastava a maior parte do seu tempo com a lavagem de roupas. Já o cuidador da família 11 disse que seu tempo era mais gasto com o trabalho, ficando o dia todo fora de casa, além de fazer um curso de Informática noturno. Para essa família, percebeu-se que o

transtorno mental mudou a rotina diária das atividades do cuidador, que antes utilizava seu tempo livre para realizar atividades de lazer junto com a esposa, considerando um momento de relaxamento e descanso. Ao assumir o cuidado ao PTM, não possuía mais tempo disponível para o descanso, o que o levava a sentir-se cansado, trazendo consequências para a execução do trabalho remunerado.

A distribuição do tempo no cotidiano familiar pode ser visualizada na Figura 1, onde se evidencia que a maioria dos cuidadores possui o seu tempo diário igualmente distribuído na execução das atividades cotidianas.

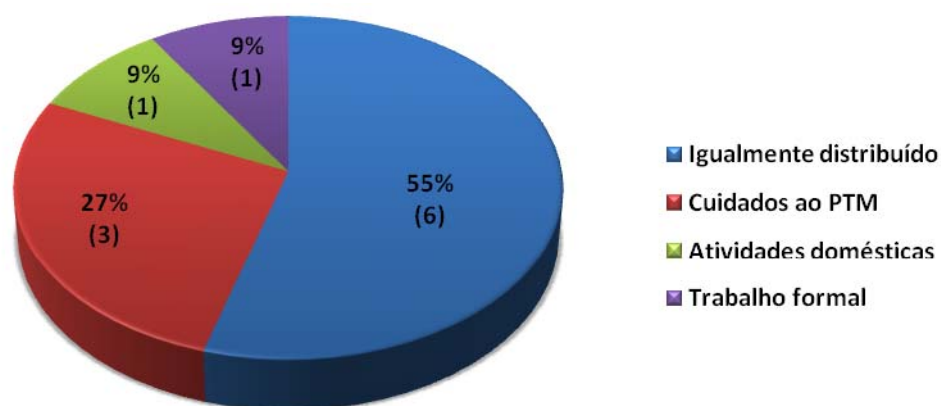


Figura 1 – Distribuição do tempo dos cuidadores na execução das atividades diárias, Viçosa, MG.

Quanto à identificação do membro familiar que possuía mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades que não fosse o cuidado ao PTM, isso é importante, uma vez que a administração de recursos na família, em especial a administração do tempo, é influenciada pela organização e dinâmica familiares. Com isso, a forma como a família se organiza e os papéis que cada membro possui, irá definir o seu grau de envolvimento com o ato de cuidar do PTM.

Para quatro famílias (3, 7, 9 e 10), o membro familiar que possuía mais tempo para a execução de outras atividades eram os filhos do cuidador. Para as famílias 7 e 9, foi relatado que os filhos eram crianças, mas mesmo assim ajudavam o cuidador na execução de outras atividades diárias que não fosse o cuidado, de forma a

auxiliá-lo, enquanto nas famílias 3 e 10 o filho também era doente mental e a filha morava em uma cidade distante, respectivamente. Foram também citados por três famílias (1, 4 e 5) os esposos das cuidadoras, os irmãos por duas famílias (2 e 11) e por uma família (6) os netos, como as pessoas que possuíam mais tempo para a realização de outras atividades. Os netos do cuidador eram menores de idade e, mesmo sendo os membros da família a possuir mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades que não fosse o cuidado, eles também auxiliavam na execução dessa tarefa. Em uma família (8), foi relatado que todo o restante da família possuía mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades que não fosse o cuidado, ficando somente a cargo da cuidadora o desempenho dessa função.

Percebeu-se que os membros que possuíam mais tempo para a realização de outras atividades que não a de cuidado tinham os papéis de cônjuge e filho do cuidador. Observa-se que nessas famílias a mulher é a principal cuidadora do PTM, o que pode estar relacionado com a questão de a mulher possuir o papel social de provedora de cuidados na família, fazendo que os outros membros depositem nela esta função, se ausentando, por conseguinte, dela. Além disso, cada família possui organização específica capaz de influenciar a interação entre os membros (DAMIANO TEIXEIRA, 2005) e a atribuição dos papéis familiares, bem como a execução designada a eles. Pinto (2008) considerou que no espaço da família se expressa a organização temporal do cotidiano, em que os afazeres, tarefas, deveres e obrigações são delineados conforme a configuração econômica e social das famílias. Dessa forma, a organização que as famílias possuíam influenciou o desempenho das funções dos seus membros e, nesse caso específico, o aspecto mais evidenciado foi o uso do tempo, ou seja, maior tempo para a execução de outras atividades que não fosse o cuidado.

Como demonstrado na Figura 2, os filhos do cuidador representam, assim, aqueles membros familiares que possuíam mais tempo no desenvolvimento de outras atividades que não o cuidado ao PTM (37%), seguidos pelo cônjuge do cuidador.

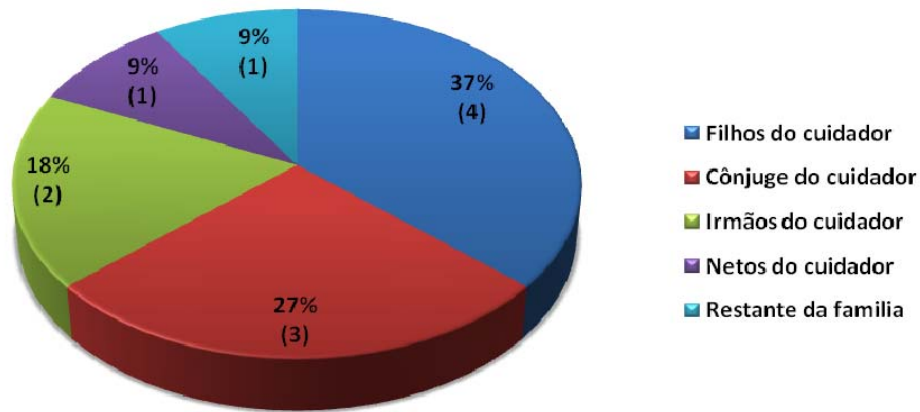


Figura 2 – Relação dos membros familiares com o tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não a de cuidado ao PTM, Viçosa, MG.

No que se refere à possibilidade de execução de outras atividades além do cuidado ao PTM, através da administração do tempo do cuidador, evidenciou-se que para a maioria das famílias estudadas, ou seja, das famílias 1 a 8, a possibilidade de execução de outras atividades estava relacionada ao estado de saúde do PTM, uma vez que, ao serem questionados se a forma como cuidavam do PTM favorecia o desenvolvimento de outras atividades, os cuidadores relataram que favorecia sim, pois o PTM estava bem, com mais autonomia, e isso permitiu planejar o tempo com outras atividades cotidianas. Assim, nota-se que a família, principalmente o cuidador, administra o tempo na realização das atividades em função do estado de saúde dos PTM, como é destacado na fala a seguir:

Ah, ela apanhando mais saúde, sobrou mais tempo pra mim (risos), pra fazer alguma coisa, qualquer coisa (F6 – PTM com 8 meses de tratamento no CAPS).

Já para três cuidadores (9, 10 e 11), foi relatada insatisfação em relação à administração do seu tempo nos cuidados ao PTM, sendo observadas situações de sobrecarga de tarefas, o que dificultava o desempenho de outras. Para a família 10, foi relatado que havia sobrecarga de tarefas para a cuidadora, que se sentia cansada e justificava que, por haver muito trabalho, não teria como reorganizar as tarefas e administrar seu tempo para que houvesse mudanças. Ela alegou ser sozinha para fazer tudo, e isso dificultava mudanças em sua rotina. E na família 11 percebeu-se que o entrevistado priorizava a PTM no que diz respeito às suas necessidades e, com

isso, deixava de lado as próprias demandas. Assim, ele administra seu tempo em função das necessidades do PTM, como mostra a fala a seguir:

É, na verdade pra mim, sabe, eu não olho muito pra mim, eu olho mais a necessidade dela, nesse caso (F11 - PTM com 2 anos de tratamento no CAPS).

Nessas três famílias, o fato de deixarem de fazer outras coisas devido à sobrecarga de tarefas ou à priorização do tempo ao PTM gerou sentimento de insatisfação para os cuidadores, visto que gostariam de realizar outras atividades ou administrar seu tempo para que isso ocorresse, mas não conseguiam ou não possuíam alternativa para o cuidado. Essa questão diz respeito ao custo de oportunidade quanto ao uso do tempo, sendo esse o valor que o indivíduo ou a família deixa de ganhar quando se usa o recurso para outro fim específico (DAMIANO TEIXEIRA, 2005). Nessas famílias, o tempo foi priorizado para o desenvolvimento de atividades relacionadas a outras pessoas, como o cuidado com a família, com o PTM, com o trabalho, deixando de lado o tempo gasto consigo mesmo, o que pode ocasionar o sentimento de insatisfação.

### **3.3. Repercussões do transtorno mental no lazer dos cuidadores**

No que se refere ao tempo do cuidador para o lazer, isto é, o tempo livre do cuidador para a realização de atividades que lhe traziam bem-estar e prazer, buscou-se verificar se a presença da doença mental repercutiu no tempo livre dos cuidadores. Várias são as concepções sobre o lazer, em que diferentes autores possuem diferentes formas de pensá-lo e estudá-lo, formas que se complementam ou, muitas vezes, se distorcem. Para esse estudo, apresentaram-se os conceitos de Dumazedier (1975) e de Melo e Júnior (2003), entendendo que esses são autores que contribuíram grandemente para os estudos sobre lazer:

Lazer representa um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar; seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (DUMAZEDIER, 1973, p. 34).

Melo e Júnior (2003) convergiram com esse conceito, quando apontaram que:

As atividades de lazer são observáveis no tempo livre das obrigações, sejam elas profissionais, religiosas, domésticas ou decorrentes das necessidades fisiológicas (MELO; JÚNIOR, 2003, p. 31).

Buscou-se a informação sobre o tempo do cuidador para o lazer com o PTM, com outras pessoas que não fosse o PTM e sozinho. Em relação à realização de atividades de lazer com o PTM, oito cuidadores disseram realizá-las, e para três famílias (1, 5 e 6) o lazer estava relacionado à realização de atividades domésticas de modo a agradar o PTM, como a produção do seu prato preferido e a entrega de roupas limpas, como é mostrado nas falas a seguir:

Dar a roupa limpinha pra ela, tudo arrumadinho pra ela vestir (F1 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

(...)de vez em quando ele gosta muito de comer uma comida diferente, aí eu faço pra ele; ele gosta muito de um doce, de vez em quando eu faço pra ele. (...) Então, inclusive um macarrão, ele adora um macarrão (F5 – PTM com 4 anos de tratamento no CAPS).

Quando se relacionam as falas dessas famílias aos conceitos de lazer apresentados anteriormente, percebe-se que há divergência entre os significados dados ao lazer. Dumazedier (1975) e Melo e Júnior (2003) conceituaram lazer como atividades realizadas no tempo livre das obrigações, inclusive domésticas, e nas falas dessas famílias o lazer se relacionava justamente às atividades domésticas desempenhadas de modo a agradar o PTM.

Para três famílias (3, 8 e 11) foram citados tocar violão, a reunião para conversas em família, a pesca e o estímulo a brincadeiras como as atividades de lazer desenvolvidas com o PTM, respectivamente. Na família 3 foi observado que a cuidadora realizava atividades de lazer somente com um dos seus filhos que possui transtorno mental, que inclusive está com o quadro de saúde melhor comparativamente com o outro PTM da família. Este PTM sabe tocar violão e com isso, no tempo livre, eles tocavam e cantavam juntos. Na família 11, o cuidador procurava sempre realizar atividades de lazer com o PTM e estimulá-las a realizá-las com seus filhos, como é mostrado na fala seguinte:

(...) pescar, brincar um pouquinho. Pego e incentivo ela a brincar com os filhos dela sabe, pega uma bola: “aqui, vamos brincar aqui, vamos jogar queimada, vamos lá, agora tá com quem?” (risos) (F11 – PTM com 2 anos de tratamento no CAPS).

Para uma família (4), observou-se que o lazer com a PTM é realizado somente quando é promovido pelas instituições, com as quais ela realiza seu tratamento, como a APAE rural, não havendo estímulo e iniciativa do cuidador e da família para a realização de atividades desta natureza, como mostra a fala a seguir:

Não, engraçado. De vez em quando tem alguma coisa na APAE rural que a gente vai. No domingo um bingo. Aí a gente vai (F4 – PTM com 5 anos de tratamento no CAPS).

Em relação a uma família do estudo (9), foi constatado que o desenvolvimento de atividades de lazer com o PTM se restringia a eventos familiares. Para o cuidador, era mais seguro dessa forma, uma vez que a PTM gostava de conversar com as pessoas e, talvez, alguém poderia falar algo que não lhe agradasse, iniciando, assim, alguma confusão, como é destacado durante a entrevista com a referida cuidadora:

Levo assim, num aniversário, coisa assim, se reúne a minha família a gente leva, que realmente mais é família porque festa maior eu procuro nem ir, porque às vezes ela gosta de ficar conversando muito com uma pessoa, a pessoa vai e pode falar as coisas com ela e ela altera, então mais é família mesmo (F9 – PTM com 7 anos de tratamento no CAPS).

A questão do isolamento da família sobre si mesma é explicada por Melman (2006), ao dizer que a sociedade atual não está preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que possuem algum tipo de doença mental grave. A visão preconceituosa ainda é predominante em relação ao fenômeno da doença mental, o que acaba resultando na marginalização afetiva e social de grande número de pessoas que necessitam de atenção psiquiátrica e também de suas famílias. Assim, devido ao medo da cuidadora da família 9 em surgir algum conflito nos relacionamentos da PTM com pessoas da sociedade, escolheu ter momentos de lazer com a PTM somente em eventos familiares.

Nesse sentido, como demonstrado na Figura 3, as principais atividades de lazer realizadas entre o cuidador e o PTM se restringiam às atividades domésticas e a brincadeiras.

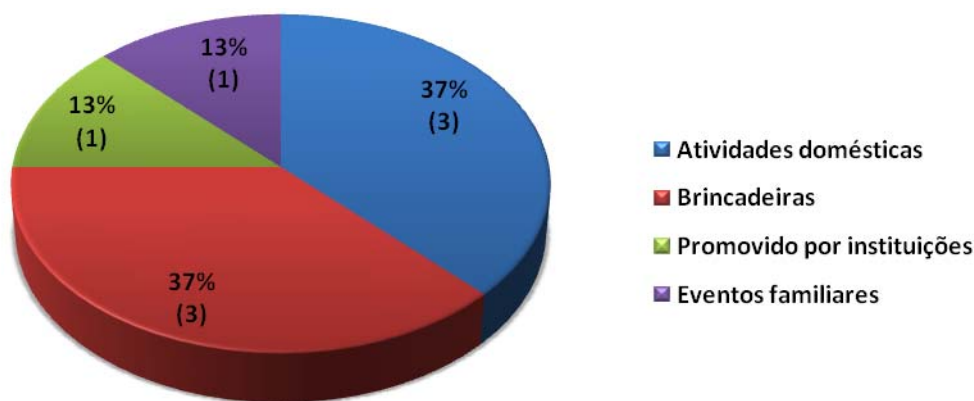


Figura 3 – Atividades de lazer realizadas entre o cuidador e o PTM, na percepção dos cuidadores, Viçosa, MG.

Para as três famílias (2, 7 e 10) que disseram não realizar atividades de lazer com seu familiar PTM, a atitude relatada não se relacionava à falta de tempo do cuidador, mas sim a uma acomodação deste. Entretanto, para a família 10 viu-se que a realização de atividades de lazer com outras pessoas que não fosse o PTM acontecia, e, como exemplo, foi citada a realização de caminhada. Essa situação traz para a reflexão o fato que a família, talvez, não realizava atividades de lazer com o PTM por medo de algum tipo de comportamento “indevido” deste junto com a família e com a própria sociedade, e dessa forma, quis escondê-lo para que isso não ocorresse. O fato de os portadores já terem tido conduta que não se encaixava na considerada “normal”, na época de crises pode ter deixado a família apreensiva para a realização do lazer com seu familiar portador de transtorno mental. A família 10 alegou que na época em que o PTM estava em crise, ele não se comportava adequadamente, sendo preciso os vizinhos ajudarem-na com a atenção a ele:

(...) depois que ele chegou em casa ainda deu um problema que ele ficou doidinho, chegava na casa dos vizinhos e ficava entrando e eu com medo deles matar ele, sabe, (...) Nossa senhora, Deus e meus vizinhos que sabem o que eu passei, (...) porque ele só queria passar na frente de carro pra carro matar ele, sabe, ele chegava a sair de dentro de casa pra deitar no meio da rua pra carro passar por cima dele e quando eu não via, os vizinhos me gritavam, né, aí eu tinha que ir lá socorrer ele pra carro não matar ele(...) (F10 – PTM com 10 anos de tratamento no CAPS).

Dessa forma, para essa cuidadora pode-se inferir que esse comportamento do PTM fez que ela passasse a não realizar atividades de lazer junto com ele, por medo ou vergonha, decidindo por escondê-lo.

Foi verificado que, para a maioria das famílias (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9), os cuidadores também relataram possuir tempo para o lazer com outras pessoas que não fosse o PTM. Para elas, o lazer se relacionava a conversas com amigos e vizinhos; tocar violão com a família; visita a locais de lazer nos finais de semana com membros da família; visitas a membros da família não residentes no domicílio; presentear netos com dinheiro; e reunião da família para conversas informais e jogar futebol com os vizinhos, respectivamente.

Quando se remete ao aspecto da interação nos momentos de lazer, Magnani (1984) apontou para a questão de que os grupos tecem redes de sociabilidade, exercitam seus símbolos e códigos comuns, reorganizam-se e abrem novas possibilidades de intervenção na realidade ao se interagirem nesses momentos. Além disso, percebe-se que a participação da família no lazer é significativa e que o lazer está voltado para eventos próximos à casa, à família e ao próprio cuidador, além de não serem atividades com excessivo gasto da renda. Essa situação pode estar relacionada com a preocupação do cuidador em não realizar atividades de lazer distantes do PTM de modo a não deixá-lo sozinho ou, ainda, pelas famílias possuírem menor renda, visto que a renda média *per capita* é de R\$283,90, dificultando a realização do lazer com o gasto de dinheiro envolvido. O fato de a família buscar atividades de lazer sem o gasto da renda é, de certa forma, importante, uma vez que muitas pessoas consideram o lazer passível de realização somente através do uso de renda e, com isso, acabam não o realizando quando não a possuem.

Para a família 11, um fato interessante relatado pelo cuidador foi que, com a presença do transtorno mental na família, seu tempo para o lazer foi reduzido e, muitas vezes, anulado: “(...) a gente conseguia ter lazer, juntar todo mundo: ‘Ah, vamos sair? Vamos fazer isso aqui hoje? Hoje a gente vai pra roça e vamos fazer isso aqui lá, ou senão hoje você sai da roça e vem pra cá, pra cidade’, sabe, e hoje em dia não tem disso mais”. Assim, ele passou a fazer dos momentos de intervalo para o café no trabalho, seu tempo para o lazer, como evidenciado no depoimento a seguir:

Ah, eu acho assim, igual eu to lá no supermercado, to no tempo do meu cafezinho, eu vejo isso como uma forma de lazer; eu to no intervalo do curso com os colegas sabe. (...) eu tento, naqueles intervalozinhos que eu tenho, fazer aquilo um lazer sabe, até quando eu tiver um lazer de verdade (risos) (F11 – PTM com 2 anos de tratamento no CAPS).

Esse cuidador utilizou a estratégia anteriormente relatada como tempo de lazer e se descontraí, visto que, após o surgimento do transtorno mental na família, na opinião do cuidador, esse tempo ficou reduzido. Essa questão é discutida por Oliveira (2004), que alegou que na sociedade moderna o tempo se institucionalizou em intervalos de almoço, após o expediente, feriado etc. Com isso, torna-se impossível dissociar tempo e trabalho quando se reflete sobre o lazer e suas possibilidades de emancipação. Isso foi visto na fala do cuidador da família 11, que ocupa grande parte do seu tempo com o trabalho e após o surgimento do transtorno mental na família, passou a ter seu tempo reduzido para o lazer e, assim, precisou buscar novas formas de obtê-lo. Além disso, para esse cuidador foi observado que havia prioridade em proporcionar lazer para a PTM do que para si próprio. Ele se preocupava com o bem-estar de sua irmã com transtorno mental e, com isso, os momentos que antes utilizava para seu próprio lazer, passou a utilizar com a PTM, buscando, então, essas estratégias para que pudesse obter momentos de lazer com outras pessoas que não fosse a PTM.

No que se refere ao tempo pessoal do cuidador para a realização de atividades de lazer, verificou-se que a maioria dos cuidadores (2, 4, 7, 8, 9 e 11) não realizava, sozinho, esse tipo de atividades. Muitas vezes, preferiam ocupar seu tempo livre realizando atividades de lazer com o PTM e com outras pessoas. Para os cuidadores que realizavam sozinhos esse tipo de atividade, foram destacados como formas de lazer a ida à igreja, tocar violão, plantar e cuidar da horta caseira quando o PTM se encontrava dormindo, assistir a jogo de futebol na televisão e escutar música enquanto fazia os afazeres domésticos. Para essas famílias, foi observado que a maioria possuía tempo específico para atividades dessa natureza, entretanto nota-se que para as famílias 1 e 10 o tempo livre se associava ao tempo que a PTM se encontrava dormindo e era concomitante com desenvolvimento do trabalho doméstico, respectivamente.

Nesse sentido, observa-se que o conceito de lazer é subjetivo, uma vez que cada cuidador o interpretou de uma forma e o realizou em diferentes momentos de acordo com o tempo, a cultura, o espaço e suas atitudes (GOMES, 2004). Para cada cuidador, o lazer foi definido de acordo com o tempo livre que possuía para a sua realização, bem como através das suas prioridades. Foi visto que para alguns a prioridade foi ocupar o tempo livre na realização de atividades junto com o PTM, de modo a proporcionar bem-estar e qualidade de vida a ele; para outros, o lazer foi

realizado concomitante ao desenvolvimento de outras atividades, como as atividades laborais e domésticas, sendo, talvez, estratégia para obter lazer mediante a sobrecarga de trabalho.

#### 4. CONCLUSÕES

Neste estudo, pretendeu-se analisar como foi feita a administração do tempo pelas famílias de indivíduos portadores de transtorno mental. Esse aspecto é importante ser analisado, uma vez que o tempo é considerado recurso escasso, sendo a maneira como é utilizado pelos indivíduos e famílias vista como imprescindível para o alcance dos objetivos e metas. Além disso, com o retorno do membro adoecido para o contexto familiar, os membros precisam desempenhar os novos papéis de cuidador e portador do transtorno mental, reorganizando suas tarefas e funções de modo a cumprir as demandas exigidas pela doença, para que assim possam obter satisfação com o uso do tempo.

Essa reflexão é importante, visto que esse tipo de cuidado não é provisório e nem cíclico, como na maior parte das vezes, em que o cuidar de uma criança ou de um idoso, por exemplo, faz parte da atividade cotidiana da família, mas ele é encarado como transitório. No caso do cuidado com o PTM, ele é um componente da rotina familiar, uma vez que o transtorno mental acarreta cuidados constantes, que precisarão ser administrados independentemente do tipo de núcleo familiar.

Verificou-se que a administração do tempo da família é realizada com base no estado de saúde do PTM, considerando o seu grau de dependência ou independência. Com isso, a família, principalmente o cuidador, apenas consegue ter seu tempo ampliado para a realização das atividades diárias, mediante a melhoria do estado de saúde do PTM e, caso este venha a piorar o estado de saúde, o tempo será destinado aos cuidados. Assim, a presença do portador de transtorno mental reflete,

de forma significativa, na vida familiar, pois, mesmo que, atualmente, as famílias consigam obter tempo para a realização de outras atividades que não a de cuidado, geralmente deixam de lado todas as atividades para assumir o cuidado do PTM.

A incorporação dos cuidados à vida familiar, através dos processos de adaptação e do aprendizado no desempenho das tarefas relacionadas ao cuidado, fez que as exigências do cuidado fossem diminuindo, fator que também refletiu na administração do tempo, favorecendo, de certa forma, o uso do tempo para as atividades diárias e para o lazer.

Viu-se que o CAPS atuou na administração do tempo familiar através da possibilidade de descanso oferecida com o cuidado do PTM, isto é, a possibilidade de o CAPS acolher e assistir o PTM e sua família oferece oportunidade ao cuidador de ter tempo para si mesmo. Portanto, é importante que os serviços de saúde estejam cada vez mais informados sobre as necessidades familiares e preparados para atendê-las, para que seu apoio seja mais eficaz e, no caso em questão, favoreça a administração do tempo familiar.

Cada pessoa administra seu tempo de maneira específica, influenciada pela cultura, suas prioridades, entre outros fatores. Esse maior ou menor tempo, no caso específico do cuidado com o PTM, depende também da aprendizagem e readaptações realizadas para o convívio com o portador. O isolamento da família, dedicação prioritária ao PTM e redução do lazer coletivo são estratégias adotadas pelo cuidador na administração do tempo. Tal conhecimento se faz importante para pensar as formas como as famílias que possuem membros portadores de transtorno mental planejam o uso do tempo para auxiliá-las na satisfação de suas demandas, de modo a alcançar o equilíbrio do sistema familiar e, com isso, a melhoria da qualidade de vida.

## 5. REFERÊNCIAS

BAKER, G.; NELSON, L. J. Resource allocation in the third world: conceptual approaches, strategies and challenges. **Journal of Consumer Studies and Home Economics**, v. 11, n. 2, p. 131-9, 1987.

BALAKRISHNAN, R.; FIREBAUGH, F. M.; STAFFORD, K. Research on rural family resource management: a third world perspective. **Journal of Consumer Studies and Home Economics**, v. 10, n. 1, p. 185-93, 1986.

CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n. 37, p. 16-9, 1992.

DAMIANO TEIXEIRA, K. M. **A administração de recursos na família: Quem? Como? Por quê? Para quê?** Viçosa, MG: Ed. UFV, 2005. (Caderno Didático, 105).

DRUCKER, P. **Management challenges for 21st century**. New York: Harper Business, 1999.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, C. L. Verbete lazer – Concepções. In: GOMES, C. L. (Org.). **Dicionário crítico do lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso: 21 abr. 2009.

MAGNANI, J. G. **Festa no pedaço: cultura e lazer na cidade**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95, 1999.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MELO, V. A. de; JUNIOR, E. de D. A. **Introdução ao lazer**. Barueri, SP: Manole, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Revista texto e contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2008.

OLIVEIRA, C. B. de. Sobre lazer, tempo e trabalho na sociedade de consumo. **Conexões**, v. 2, n. 1, p. 20-34, 2004.

PEREIRA M. A. O.; BELLIZZOTI R, B. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 25, v. 3, p. 306-13, 2004.

PINTO, S. G. **Relações entre família, trabalho e lazer**: o caso dos professores da Universidade Federal de Viçosa. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2008.

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

SILVA, L. L. da; MAFRA, S. C. T.; GALVÃO, A. L. C.; PEREIRA, A. C. **Melhoria da qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais e de suas famílias, atendidas pelo SUS, em Viçosa-MG**. Viçosa, MG: Departamento de Economia Doméstica, UFV, 2008. (Relatório de Projeto de Extensão).

### **ARTIGO ORIGINAL 3**

## **INFLUÊNCIAS DO AMBIENTE INSTITUCIONAL NA QUALIDADE DE VIDA: A ATUAÇÃO CONCRETA DO CAPS NO COTIDIANO FAMILIAR**

### **RESUMO**

Os objetivos deste estudo foram verificar e analisar a percepção da família sobre as mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, bem como a influência do serviço nas mudanças conseguidas em sua qualidade de vida. Para atender aos objetivos do estudo e, conseqüentemente, à obtenção de dados que proporcionassem responder às perguntas do referido estudo, utilizou-se a análise documental, além do questionário e a entrevista, aplicados a 11 familiares cuidadores dos portadores de transtornos mentais. Para a análise da qualidade de vida (QV), usou-se como referência a Teoria de Metzger *et al.* (1980). Os resultados evidenciaram que as famílias perceberam o CAPS como ambiente que possibilitou melhorias na saúde e na sociabilidade do PTM. Além disso, para a maioria das famílias o CAPS teve influência positiva na administração do tempo familiar, tanto pelo fato de aproveitarem quanto o momento em que o PTM se encontrava no serviço para realizarem outras atividades do cotidiano quanto por ter possibilitado melhorias no estado de saúde do PTM, com aumento de sua independência e autonomia. No que diz respeito à qualidade de vida, verificou-se que a saúde foi o domínio de maior significância e de mudança pela entrada no CAPS, seja pelo

melhor estado de saúde do PTM seja pelos menores gastos com a compra de medicamentos, através do benefício social conseguido pelo CAPS. Já o domínio que obteve maior variação da satisfação foi a educação, relacionada com o comportamento social do PTM, possibilitando maior satisfação familiar. Dessa forma, notou-se que o CAPS é um serviço com implicações no cotidiano familiar, uma vez que, ao favorecer a administração do tempo familiar, proporciona aumento da satisfação com os diferentes domínios da vida. Conclui-se que o cotidiano das famílias é influenciado pelo ambiente institucional mais humanizado, uma vez que proporciona mais autonomia para administrarem seus recursos, com reflexos positivos sobre a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** CAPS. Apoio familiar. Qualidade de vida.

### **ORIGINAL ARTICLE 3**

## **INSTITUTIONAL INFLUENCES ON THE QUALITY OF LIFE: THE CONCRETE ROLE OF CAPS IN DAILY FAMILY LIFE**

### **ABSTRACT**

The objectives of this study were to verify and analyze the family perceptions about the changes in the administration of family time influenced by CAPS as well as the influence of service achieved in the changes in their quality of life. To meet the objectives of the study and, consequently, obtain data that would provide answers to the questions in this study, document analysis, questionnaires and interviews were used, applied to 11 family caregivers of people with mental disorders. To analyze the quality of life (QoL), the Theory of Metz *et al.* (1980) used as a reference. The results showed that families perceive CAPS as an environment which enabled improvements in the health and sociability of the PTM. Moreover, for most families, CAPS had a positive influence in the administration of family time, both because of seizing the moment when the PTM was in service to perform other daily activities and for making improvements in the health of the PTM possible, with increased independence and autonomy. In regards to the quality of life, it was found that health was the most significant and changing factor for entry into CAPS, as much for the best state of health of the PTM as for the lowest cost of purchasing drugs through the social benefit managed by CAPS. The field variation with the highest satisfaction

was education, related to the social behavior of PTMs, allowing greater family satisfaction. This way it was noted that CAPS is a service with family implications, since it encourages family time management and provides increased satisfaction with the different areas of life. In conclusion, the everyday life of families is influenced by the more humane institutional environment as it offers more autonomy in managing their resources with positive effects on the quality of life.

**Keywords:** CAPS. Family support. Quality of life.

## 1. INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu esboço teórico, no decorrer da última década, passou por importantes e significativas mudanças, evoluindo de forma definitiva de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada e municipalizada.

Essas mudanças estão inseridas no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos de 1970. A Reforma Psiquiátrica tem por objetivo promover mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, visando à substituição do modelo hospitalocêntrico ao cuidado com o portador de transtorno mental (PTM) por serviços mais humanizados, presentes no contexto vivido pelos usuários desses serviços e de suas famílias. Promove, assim, maior proximidade dessas pessoas com as famílias e a sociedade, buscando a inserção social (BRASIL, 2005).

Surgem, dessa forma, os serviços de substituição ao hospital psiquiátrico, entre eles as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os Hospitais-dia, os Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, é o que tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que se constitui a porta de entrada do indivíduo para a realização de um tratamento concretizado na reinserção social e familiar.

Na visão de Melmam (2006), o retorno do PTM à família a torna cada vez mais sobrecarregada em demandas que envolvam o cuidado e o acompanhamento dos seus familiares adoecidos.

Os pacientes psiquiátricos possuem grandes obstáculos para ter vida econômica ativa, o que implica situação de dependência maior da família. Os custos com medicação, tratamento, alimentação, vestuário e transporte são altos, mesmo quando estes fazem uso do serviço público de saúde. Frequentemente, o familiar precisa ficar cuidando da pessoa adoecida, estando impossibilitado de se colocar à disposição do mercado de trabalho e, assim, tendo que ampliar sua jornada produtiva a outros momentos que não sejam aqueles de cuidado ao PTM, para conseguir conciliar as novas necessidades financeiras geradas pela situação da doença (MELMAM, 2006).

Os Centros de Atenção Psicossocial têm-se consolidado como lugar de referência e tratamento para pacientes, cuja severidade e, ou, persistência justifiquem a permanência numa instância de cuidados intensivos, comunitários, personalizados e promotores de vida (BRASIL, 2002). O CAPS também responsabiliza-se por gerenciar esses casos, oferecendo cuidado clínico competente e personalizado aos usuários, além de promover a inserção social dos pacientes por meio de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer. É, também, de sua competência o oferecimento de atividades junto com a família do PTM, bem como reuniões buscando esclarecer questões sobre a particularidade da doença e efeitos colaterais de medicamentos, entre outras. Assim, pressupõe-se que o CAPS, serviço criado em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, atua como facilitador das relações entre os membros da família dos portadores de transtornos mentais atendidos por ele, bem como na organização do sistema familiar, através dos atendimentos mencionados, por meio de estratégias conjuntas com outros setores para enfrentamento dos problemas.

A partir das mudanças ocorridas no campo da saúde mental, como a busca pela inserção social e familiar dos portadores de transtorno mental e a criação do CAPS, torna-se importante analisar o impacto desse serviço na vida das famílias atendidas por ele, mais especificamente nas mudanças do tempo familiar para o

desenvolvimento das atividades diárias e do cuidado e, assim, analisar o impacto em sua qualidade de vida<sup>22</sup>.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos identificar e analisar a percepção da família sobre as mudanças na administração do tempo familiar influenciadas pelo CAPS, bem como a influência do serviço nas mudanças conseguidas em sua qualidade de vida.

---

<sup>22</sup> O conceito de QV possui diversas dimensões conceituais, em que vários autores o discutem sob variados aspectos. Cebotarev (1994) discutiu que uma definição específica de qualidade de vida deveria conter, além de elementos universais do bem-estar humano, outros componentes, cuja satisfação pode tomar formas variadas de acordo com as experiências vivenciadas e os valores do grupo social. Assim, a qualidade de vida deve ser analisada tanto do ponto de vista objetivo quanto do subjetivo. O aspecto subjetivo poderia ser analisado por meio da compreensão do conceito sobre qualidade de vida, assim como pelo grau de importância e o nível de satisfação que os indivíduos obtêm por meio do acesso a diferentes componentes de sua vida, em função de seus valores, crenças e experiências vividas.

## 2. METODOLOGIA

O referido estudo adotou a abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo, transversal, sendo utilizado, como estratégia de pesquisa, o estudo de caso.

O local de estudo foi o CAPS *Despertar*, da cidade de Viçosa, MG, sendo a pesquisa realizada com as famílias dos portadores de transtornos mentais atendidos no serviço do trimestre de abril a junho de 2009. Buscou-se, inicialmente, o número de usuários atendidos no CAPS nesse período para, a partir deles, ter contato com sua família.

A população do estudo constituiu das famílias dos usuários do CAPS, sendo essa composta por 66 portadores de transtornos mentais e respectivas famílias. A amostra foi intencional, utilizando-se critérios pré-definidos, que foram: o PTM deveria ter antecedente de internação em hospital psiquiátrico, para que assim fosse possível analisar a reestruturação familiar, com o retorno do membro adoecido ao convívio familiar; residir com os familiares, para que assim esse familiar tivesse conhecimento e condições de responder a todos os questionamentos acerca das mudanças na administração do tempo e qualidade de vida advindas pela entrada do PTM no CAPS; ter iniciado o tratamento no CAPS há no mínimo um mês antes da coleta de dados, para que fosse possível compreender as influências do serviço na reorganização da família e em sua qualidade de vida. Assim, o número de portadores de transtornos mentais que se encaixaram nos critérios pré-definidos para a amostra foram 13 usuários, mas, como o objetivo era entrevistar a família, a amostra foi

composta por 11 famílias, uma vez que em duas famílias havia dois membros portadores de transtorno mental, atendidos no CAPS.

Os dados foram coletados por meio de questionário e entrevista fundamentados em roteiros semiestruturados.

A análise das questões fechadas foi realizada por estatística descritiva (média e frequência), sendo utilizado o programa *Microsoft Office Excel 2007*. No entanto, as questões abertas foram analisadas tendo como referência a abordagem qualitativa, em que se constitui tarefa do pesquisador a descrição e interpretação de como as pessoas agem e atribuem sentidos às suas experiências. Assim, baseando-se em Minayo et al. (2005), para análise qualitativa dos dados, que espelha as múltiplas dimensões da realidade estudada, foram formuladas as categorias analíticas, sendo elas: a percepção da família sobre a atuação do CAPS e as mudanças na qualidade de vida familiar advindas da inserção do PTM no serviço. Posteriormente, foi realizada uma leitura das entrevistas transcritas de modo a buscar as informações referentes a cada categoria, bem como agrupá-las de acordo com as informações comuns e identificar as diferenciações entre cada uma delas, para se chegar a resultados quantitativos, conforme proposto por Minayo et al., (2005).

Para a análise da qualidade de vida, utilizou-se como referência a teoria de Metzger et al. (1980), que se baseia na premissa de que a satisfação com a qualidade de vida familiar está em função da *satisfação* com os vários domínios da vida e, ao mesmo tempo, da *importância* deles, em função dos objetivos e metas, em curto, médio e longo prazos. Dessa forma, a qualidade de vida deve abranger domínios ou componentes concretos da vida dos indivíduos e famílias, como também as suas avaliações subjetivas.

Os domínios da vida citados por Metzger et al. (1980) se referem à alimentação, renda, habitação, saúde, emprego, educação, condições de trabalho, relacionamentos, lazer, serviços comunitários e ajudas. Os aspectos subjetivos respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam sobre os domínios da vida ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida, ou seja, o modelo realiza a apuração da satisfação com cada domínio e o grau de importância a ele atribuído. Entretanto, para este estudo, adaptou-se a teoria de Metzger et al. (1980), de modo a verificar os aspectos referentes às alterações em cada domínio da vida influenciadas pelo CAPS, bem

como o grau de satisfação com cada domínio da vida, antes e depois do CAPS, para observar como o serviço poderia repercutir na qualidade de vida familiar.

Para analisar o grau de satisfação do entrevistado, utilizou-se uma escala de satisfação que variou de 1 a 4, de modo a categorizar o nível de satisfação (1 - muito insatisfeito, 2 - insatisfeito, 3 - satisfeito e 4 - muito satisfeito). O cálculo das variações da satisfação foi realizado para cada domínio da vida e os percentuais, discutidos a cada um deles.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados em duas partes, de acordo com as categorias de análise utilizadas, sendo elas: a percepção da família sobre a atuação do CAPS e as mudanças na qualidade de vida familiar advindas da inserção do PTM no serviço.

No que se refere às famílias, verificou-se que, dos 13 PTM da pesquisa, 11 possuíam o quarto separado dos demais membros familiares, totalizando 85%. Em relação aos 2 PTM que dividiam o quarto com outras pessoas, foi relatado por uma das famílias que o membro familiar precisou fazer mudanças em seu comportamento para o convívio com o PTM, havendo a necessidade de ele parar de fumar para não incentivar o PTM.

Quanto à presença de serviços comunitários nas comunidades em que os PTMs e suas famílias estavam inseridos, foi relatada a presença de creche e telefone público em todas elas; seguido de posto de saúde (82%); escola de ensino fundamental (64%); agência de correios (27%); área de lazer (27%); escola de ensino médio (9%); e hospital (9%). Ainda foi relatada a presença de outros serviços (18%), como uma ONG para idosos, onde a família participava de algumas atividades, e também a presença do caminhão de lixo que realizava a coleta semanal.

Quanto aos portadores de transtornos mentais, quase 50% dos PTMs realizavam o tratamento em modalidade não intensiva, ou seja, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo, podendo ser atendida até três dias no mês, o que condizia com o tempo de tratamento no CAPS, que era de 10 anos, para 46% (6 PTMs) dos portadores, implicando melhoria do seu estado de saúde.

### 3.1. Percepção familiar sobre o CAPS

A apresentação dos resultados referentes à categoria de análise em questão foi realizada a partir das variáveis obtidas pela categorização dos dados, sendo elas: atuação do CAPS e influência do CAPS na administração do tempo familiar.

A atuação do CAPS se relacionava à forma como a família considerou a atuação desse Centro na vida familiar, principalmente na vida do PTM.

Para cinco famílias (4, 5, 9, 10 e 11), o CAPS significou um lugar de aprendizado para o portador de transtorno mental, em que ele se sentiu útil através do desenvolvimento das atividades realizadas no serviço, além de atuar na melhoria do seu comportamento. As falas a seguir apresentam essa afirmação:

Ih, muito bem, minha filha, nosso Deus, mal de mim se não fosse o CAPS, oh. Como é que eu ia arrumar com Rodrigo do jeito que ele tava aqui, minha filha. Depois que ele foi pra lá, melhorou da água para o vinho, graças à Deus (F5 – PTM com modalidade não intensiva).

Olha, eu falo que o CAPS é a segunda casa. A segunda casa deles né, porque eu vejo o serviço que é feito, é um serviço muito bem feito, é um serviço mais de doação, é feito com amor, eu já fui lá várias vezes né e me sinto muito bem naquela casa. Ali você é tratado com respeito, com carinho, então é uma das coisas que eu observo muito, se todo lugar pudesse ter uma casa que funcionasse assim, os doentes mentais iam ser bem, a qualidade de vida deles ia melhorar bastante, porque ali eles aprendem a ter noção de, a gente ensina em casa, mas de higiene, cuidado com si próprio, unha, cabelo, assim vai né, então são várias atividades ali que eles exercitam na casa que eu acho muito bem, é um dos programas que tem aqui em Viçosa que eu acho muito bem feito (F9 – PTM com modalidade intensiva).

Muitas vezes, o transtorno mental torna a pessoa dependente material e afetivamente dos seus familiares e dos serviços buscados por ela. O fato de o serviço ter oferecido diversas atividades<sup>23</sup> ao PTM fez que as famílias o percebessem, principalmente, como um local onde ele se sentisse útil, além de proporcionar melhoras no comportamento do PTM, e isso fez elas considerassem esse serviço de grande importância no tratamento dos seus familiares adoecidos. Além disso, estudos como os de Colvero et al. (2005) evidenciaram que os familiares sentem-se sobrecarregados com a relação de extrema dependência dos portadores de transtorno mental e a sua falta de iniciativa. Com isso, a entrada do PTM no CAPS possibilitou

---

<sup>23</sup> Atividades como palestras sobre higiene pessoal e higiene do ambiente, artesanatos, visitas a locais externos ao CAPS, entre outras.

diminuição da sobrecarga e satisfação da família com o avanço no estado de saúde dos seus entes adoecidos.

Nota-se, ainda, que a família 9 relatou a atuação do tratamento proposto pelo CAPS na melhoria das noções de higiene do familiar portador de transtorno mental que se encontrava limitada antes do serviço. A falta de noções de higiene no PTM é frequentemente relatada em estudos sobre esse público, como os de Rabelo (2008) e Pereira e Bellizzoti (2004), e a evolução do quadro de saúde dos PTMs, a partir do tratamento iniciado no CAPS, possibilitou melhoras no comportamento relativo às noções de higiene dos portadores de transtorno mental atendidos no Centro. Além disso, para essa cuidadora, o CAPS é um local onde se é tratado com respeito e carinho, sentimentos que estão relacionados à evolução do quadro do PTM, bem como à sua qualidade de vida.

Para três famílias (1, 7 e 8), o CAPS também foi percebido como local de bom tratamento dado às pessoas, com atenção, paciência e respeito a todos. Para a família 7, o tipo de tratamento recebido em determinado local é capaz de influenciar o estado de saúde da pessoa, principalmente alguém que já se encontra debilitado, como é o caso do PTM. Nessa fala a seguir, a cuidadora aponta sua percepção sobre a atuação do CAPS:

Ah eu, é um bom lugar de tratar né. E as pessoas lá, você chega lá é tratado muito bem, né, que é ruim quando você chega num lugar e é mal tratado, às vezes a pessoa já tá doente e você chega lá naquele lugar, é maltratado, é muito ruim. E lá eles têm uma calma, uma paciência com as pessoas né, são gente muito boa pra tratar as pessoas lá, né. Sei lá, eu gosto muito de mexer com eles lá, Dr. João também é muito boa pessoa, atencioso, eu gostei muito (F7 – PTM com modalidade não intensiva).

As falas das famílias 1 e 8 corroboram essa afirmação, como é mostrado a seguir:

Muito bom! Eu gosto muito, muito bom, fico muito feliz, foi enviado de Deus pra cuidar dos coitados, igual ele cuida, né. Com todo amor, carinho que elas têm com o pessoal (F1 – PTM com modalidade não intensiva).

Nossa, maravilhoso, o CAPS foi bom demais. (...) Primeiro foi Dr. João né, que o médico dele foi muito bom e as psicólogas, nó, a Isabela foi maravilhosa, a Isabela, a Maria também me ajudou muito (...) (F8 – PTM com modalidade semi-intensiva).

Para duas famílias (3 e 6), o CAPS foi percebido, principalmente pela entrega de medicamentos, como suporte ao tratamento do PTM. Essas famílias consideraram essa ajuda de grande apoio, uma vez que, antes de o PTM iniciar o tratamento no CAPS, todos os medicamentos eram comprados, o que pesava no orçamento familiar, como é evidenciado a seguir:

(...)o remédio que eles dão lá, uns a gente não acha mas a gente compra e a maior parte a gente acha, então ajuda demais (F6 – PTM com modalidade intensiva).

Eu fico até alegre porque os meninos têm feito tratamento lá e tem almoçado lá, tomado o remédio lá, né, uma injeção, né (F3 – PTMs com modalidade intensiva, cada).

Em estudos como os de Brêda (2006), foi também observado que as famílias percebiam o CAPS como local de acesso a medicamentos. Sua importância para o tratamento é significativa, uma vez que a limitação financeira das famílias faz com que dependam quase que exclusivamente da medicação que é fornecida pelo serviço. Assim, foi observado que o CAPS contribui de forma positiva com o orçamento familiar, através da entrega gratuita dos medicamentos e melhoria no estado de saúde do portador de transtorno mental.

Nota-se que para a família 3 o CAPS também foi visto como um serviço que oferecia alimentação a seus familiares portadores de transtorno mental. Brêda (2006) também apontou em seus estudos que o CAPS é percebido como local de acesso à alimentação. Analisando os dados do perfil socioeconômico das famílias, verificou-se que essa é a família que possuía menor renda *per capita*, R\$64,29, e que tal fato pode-se relacionar com a importância dada à alimentação oferecida pelo serviço por parte da cuidadora, ajudando no orçamento familiar.

Foi também relatado que o CAPS atuou como um serviço capaz de facilitar o ganho do benefício social pelo PTM. O cuidador da família 2 apontou para o estímulo dos profissionais do CAPS na solicitação pela família dos benefícios de direito do PTM, ilustrado a seguir:

(...) a Maria mesmo que me incentivou a procurar uma ajuda do governo, porque várias pessoas, amigos meus me perguntaram se meus irmãos recebiam alguma ajuda do governo, se eram aposentados, porque eles tinham direito, né. Mas aí eu não (pausa), até advogado numa época que papai faleceu, me pediu pra eu fazer isso porque eles não eram aposentados né, aí eu tive que fazer uma porção de coisa, fazer nova, as certidões deles foram tudo feitas novamente, foram registrados com certidão como pessoa incapaz. Aí a Maria, por exemplo, falou comigo

para levar os documentos do Eduardo lá pra ela, ver se ela faz pra ele, né. Só que eu não fui ainda (F2 – PTMs com modalidades intensiva e não intensiva, cada).

A partir das percepções das famílias sobre a atuação do CAPS, este foi considerado por todas as famílias do estudo um serviço que auxiliava não somente o PTM, mas também toda a família. Foi dito que o auxílio dado ao familiar PTM, como a melhoria no comportamento, atenção, disponibilização de medicamentos e facilidade no ganho do benefício social, repercutiu no cotidiano familiar, como pode ser evidenciado nas falas especificadas a seguir:

Acaba ajudando toda a família. Porque quando ela tá lá, a gente tá mais tranquilo, é um modo de ajudar a gente também. Se não tivesse o CAPS, a gente ia preocupar porque ela tinha mania de ficar andando na rua, mexendo com as pessoas, indo na casa dos outros e ela lá, não fico mais preocupada (F4 – PTM com modalidade semi-intensiva).

Acaba ajudando é todos. Ajuda tudo porque só de pagar os remédios dela lá, fazer esse tratamento, tá me folgando (F6 – PTM com modalidade intensiva).

Olha, em si, se for olhar assim em questão de família, ajuda e ajuda muito, só o carinho que eles têm com ela, cuida dela ali aquele período ali, trata ela com dignidade, hoje em dia a gente não encontra isso não. (...) a sociedade discrimina a gente muito, então se a gente tem algum defeito, alguma coisa, algum distúrbio, sempre a gente é discriminado, são poucas pessoas que acolhem a gente. E a discriminação, muitas vezes parte da própria família, uma coisa que eu observava muito era isso, a gente escuta, coisa e tal (...) (F9 – PTM com modalidade intensiva).

De acordo com Koga e Furegato (2002), a convivência com o portador de transtorno mental não constitui tarefa fácil, uma vez que se trata de uma pessoa que exige que suas necessidades sejam atendidas imediatamente, podendo, então, manifestar atitudes agressivas ou sair de casa sem dizer para onde vai. Muitas vezes fica acordado a noite inteira, falando sozinho ou dizendo coisas que só têm significado para ele mesmo. Quando isso acontece repetidas vezes, há alteração no ambiente familiar, o que se configura em desgaste físico e mental para a família. O tratamento no CAPS, pelos depoimentos das famílias, tem condições de reverter situações como essa apresentada, possibilitando melhoras no estado de saúde do portador e trazendo melhorias também para a família.

Apesar dos inúmeros benefícios relatados pelas famílias, foram também descritas algumas insatisfações com o serviço por parte de duas famílias, no que se

refere ao tratamento dado por alguns funcionários e por não haver mais reuniões de orientação familiar, como relatado a seguir:

Apesar de algumas falhas, mas eu acho o CAPS muito bom. Eu não gostaria de acontecer algum dia ele deixar de existir em Viçosa, não. (...)falhas às vezes em relação a alguns funcionários né, que às vezes chega (pausa), mas lá são poucos, né, a maioria, por exemplo, agora, são muito bons, né, já passou muito funcionário lá bom (F2 – PTMs com modalidade intensiva e não intensiva, cada).

Só que hoje não está tendo muito reunião lá mais, igual tinha antes né. Tinha reunião com a família, eu ia, minha família não ia porque todo mundo trabalhava. Nossa, mas a reunião que eles dão é muito boa, eles conversam muito com a gente, ensinam a gente a como a gente deve fazer pra lidar com eles, que também, igual, tem gente que não tem paciência e maltrata-os e não pode acontecer de jeito nenhum, que infelizmente acontece, né, porque eles não têm culpa não, eles não pediram pra acontecer aquilo não e eles sofrem com isso (F8 – PTM com modalidade semi-intensiva).

A cautela do entrevistado da família 2, ao se referir ao CAPS, talvez esteja relacionada ao fato de o serviço ser o único a dar suporte à família no que diz respeito ao tratamento dos membros portadores de transtorno mental. É um serviço que proporciona melhorias no que se refere à renda familiar, através do benefício social prestado ao PTM, bem como a melhoria do comportamento do PTM que frequenta assiduamente o serviço. Os benefícios conseguidos talvez tenham sido maiores do que os contratemplos, além do fato de a família necessitar dos serviços prestados pelo CAPS. Assim, com a preocupação de não haver a possibilidade de a família não receber o atendimento do serviço, o cuidador procurou referir-se a ele com certo cuidado, de modo a não fazer má referência a ele.

É notada, ainda, preocupação, por parte da cuidadora da família 8, com a forma de cuidados ao PTM, quando disse sobre a importância da paciência nesse cuidado. Além disso, observa-se certo conhecimento sobre as particularidades da doença, quando ela relatou que os portadores de transtorno mental não tinham culpa do seu estado de saúde. A preocupação e conhecimento por parte da família são de grande importância para a melhora do PTM, pois, assim, o tratamento dado pela família será preciso e favorável para que a eficácia do estado de saúde do PTM seja conseguida. Campos (2005) alegou que o cuidado de uma pessoa dependente não envolve somente a ajuda nas atividades diárias, mas, também, exige o conhecimento de como lidar com alguém que se encontra atingido na sua integridade física, psíquica e social e vulnerável na sua autoestima.

Os depoimentos das famílias pesquisadas também enfatizaram a preocupação com o local em que os seus familiares portadores de transtorno mental realizavam o tratamento. Para elas, mais do que o tratamento ao qual o PTM se submetia, a confiança depositada no local se fazia importante. Alegaram ficar tranquilas e despreocupadas, pois sabiam que no CAPS o PTM estava sendo bem tratado e havia a preocupação dos profissionais com a melhora do estado de saúde desse público. Essa questão é mostrada na fala da cuidadora da família 1:

(...) eu fiquei mais sossegada. (...) Eu sei que ela tá lá, sendo cuidada direito, mais do que se tivesse comigo, né, todo mundo muito amoroso lá, todos muito boa pessoa, que cuida. Graças à Deus, foram enviados de Deus (F1 – PTM com modalidade não intensiva).

No que diz respeito à influência do CAPS na administração do tempo familiar, buscou-se verificar se após a entrada do PTM no serviço houve mudanças no tempo da família para a execução das atividades cotidianas. As informações coletadas se referiram a dois momentos: após o retorno do PTM da internação à vida familiar e depois da entrada do PTM no CAPS, de modo a verificar como o estado de saúde do PTM, antes e depois da entrada no Centro, influenciou o tempo da família.

Para sete famílias (1, 4, 5, 6, 8, 9 e 11), com o retorno do PTM à vida familiar o tempo foi escasso para a realização de outras atividades cotidianas, devido ao direcionamento dos cuidados a ele. Foi alegado que o PTM retornou, na maioria das vezes, muito debilitado, necessitando de ajuda para os cuidados pessoais, como alimentar-se e se vestir, entre outras necessidades que fizeram que a família, e principalmente o cuidador, voltasse seu tempo para o PTM. Essa afirmação é ilustrada pelos depoimentos a seguir:

Teve não, o tempo que nós tinha era pra cuidar dela quando tava dentro de casa e ficava procurando ela para os matos afora diariamente (risos). Tirava leite de dez vacas e tinha que cuidar dela e o pai dela, coitado, não tinha tempo pra nada. Porque a gente tinha medo, tinha contato com uma criança e não tava criança, não é mesmo? (F1 – PTM com modalidade não intensiva).

Na época que ele voltou não né, não tinha como. Eu larguei o emprego, foi a minha família que me ajudou, se eu precisasse de uma roupa, alimentação (F8 – PTM com modalidade semi-intensiva).

Aí eu tive menos tempo, como diz, no começo eu tive menos tempo ainda, porque eram os cuidados, oh, tinha uma época aí, quando eu comecei a cuidar dela, eu não sei o que deu que ela mal conseguia lavar a roupa dela, a gente fazia tudo, tudo mas tudo mesmo, roupa, coisa e tal, ela tinha preguiça pra comer também. Eu e as crianças e meu esposo, meu

ex-esposo, ele morava aqui, ele dava tudo na mão, ajudava ela a comer, tinha essas coisas, no princípio foi muito difícil, muito difícil, a gente caminhando, buscando mesmo porque a gente pensa assim, ela tem aquele pensamento ali, não podia excluir porque ela é ser humano e ela é da família e mesmo se não fosse, jamais a gente excluiria ela só porque tem uma simples necessidade especial, eu não ia, perfeitamente, não ia não (F9 – PTM com modalidade intensiva).

O depoimento da família 1, quando aponta para o fato de lidar com uma criança que não era criança, é corroborado por Rabelo (2008) quando afirmou que o cuidado com portadores de transtornos mentais adultos demanda cuidados semelhantes aos de uma criança em fases em que ainda não possui autonomia, sendo, assim, muito desgastante para o cuidador. O que se observa com as crianças é que elas crescem e os cuidados diminuem. Já com o portador de transtorno mental, há um desgaste emocional grande por parte da família, por não ter esse tipo de horizonte, fazendo que os cuidados domésticos sejam contínuos, apesar de poder se modificar à medida que o tratamento evolui.

Além disso, estudos como o de Randemark (2009) apontaram para a sobrecarga gerada pelo transtorno mental na família, fazendo que o seu cotidiano seja difícil e trabalhoso por demandar tempo e dedicação para os cuidados, além de envolver o sacrifício e a renúncia de seus interesses em outros setores da vida pessoal. Entretanto, para quatro famílias do estudo (2, 3, 7 e 10) o retorno da internação possibilitou aumento no tempo para a realização de outras atividades diárias. Para as famílias 2, 3 e 7, esse tempo se justifica pelo fato de os portadores de transtorno mental voltarem da internação em condições melhores, o que tornava o cuidador e a família mais independentes. Entretanto, as famílias 2 e 3 relataram que após um tempo o PTM voltava a ter crises, e isso fazia que eles despendessem seu tempo aos cuidados. O cuidador da família 2 ainda disse que a internação não era uma boa opção para o tratamento e que atuava negativamente na recuperação da pessoa. Essa visão é importante para a melhora do PTM, uma vez que a família pode atuar oferecendo o acolhimento necessário para que seu familiar possa ter avanço em seu quadro de saúde. Além disso, sabe-se que a institucionalização e a exclusão do convívio social são práticas que, atualmente, estão se configurando em práticas históricas e que não significam o tratamento mais adequado aos portadores de transtornos mentais. A seguir são apresentados os depoimentos das famílias 2 e 3 acerca das mudanças no tempo com o retorno do PTM do hospital psiquiátrico:

É, quando ele voltava melhor, né, é, a gente tinha mais tempo sim de realizar melhor as outras atividades, mas nem sempre que, a internação nunca foi boa, né, às vezes ele não voltava (F2 - PTMs com modalidades intensiva e não intensiva, cada).

Ah, teve um bocadinho, né. Porque depois que ele teve internado, ele já veio melhor de lá né, e tudo, ficou uns quatro meses assim, melhor, depois voltou tudo de novo, outra vez, ficar perturbado de novo, outra vez (F3 – PTMs com modalidade intensiva, cada).

Na família 10, o aumento no tempo obtido com o retorno do PTM estava relacionado com o fato de a cuidadora não mais precisar visitar o PTM enquanto ele se manteve internado. Alegou que despendia muito tempo nas idas ao hospital psiquiátrico para vê-lo, e, quando ele retornou para a casa, ela considerou possuir mais tempo para a realização de outras atividades, como apresentado a seguir:

Depois que ele veio pra casa ficou bom né, porque ele lá eu tinha que ir lá direto assim pra ver ele, porque se eu não visse, eu não tinha sossego e depois que ele já veio pra casa eu fui cuidando dele e teve muito bom. Mas quando ele saiu da internação ele ainda deu muito trabalho, né, deu trabalho demais, aí depois é que ele melhorou mais ainda (F10 – PTM com modalidade não intensiva).

Quanto ao questionamento feito aos cuidadores sobre as mudanças na administração do tempo advindas da entrada do portador no CAPS, a maioria deles (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10) considerou que, após a entrada no serviço, houve aumento do tempo para a realização de outras atividades que não o cuidado. Eles alegaram que esse tempo aumentou tanto pelo fato de aproveitarem o momento em que o PTM se encontrava no serviço para, assim, realizarem suas atividades, como também pelo serviço ter possibilitado melhoras no estado de saúde do PTM, aumentando sua independência e autonomia e fazendo que os cuidadores também passassem a ter maior independência na realização de outras tarefas, como exemplo a procura de emprego. Alguns depoimentos atestam essas afirmações:

É, fazia ao menos o serviço dentro da cidade, que tinha, né. E graças à Deus. Até hoje eu não trabalho porque não tenho idade de trabalhar fora mais e também tudo o que eu ganho dá pra manter minhas coisinhas, né (F1 – PTM com modalidade não intensiva).

Ah, sem dúvida melhorou. Ah, trabalho profissional mais tempo, né, às vezes até pensar em alguns projetos que a gente, que eu, por exemplo, que eu queria desenvolver, né (F2 – PTMs com modalidade intensiva e não intensiva, cada).

Com certeza. Ah, aí eu comecei a procurar emprego pra trabalhar (F8 – PTM com modalidade semi-intensiva).

Mudou, porque durante o tempo que ela tá lá eu sei que ela tá bem cuidada e tá bem olhada, porque eu já saio daqui de casa com aquele pensamento: “Eu to deixando, ela vai pra uma instituição que vão cuidar dela durante o dia e ela vai ficar bem olhada lá e coisa e tal”. Essa preocupação eu sempre tive (F9 – PTM com modalidade intensiva).

É, aí eu tive mais tempo porque ele passou a tomar os remédios controlados, ele já controlou a cabeça também né. Já foi controlando devagarzinho, devagarzinho, então eu já passei a ter mais tempo (F10 – PTM com modalidade não intensiva).

Observa-se que a cuidadora da família 1 disse que só não trabalhava por causa da idade, o que mostra que ela considerava o PTM em um bom estado de saúde, isto é, estado que não a impediria de trabalhar, caso quisesse. Além disso, para a família 9 foi verificada preocupação da cuidadora com o tratamento dado pelo CAPS à PTM, como discutido anteriormente. Essa cuidadora trabalhava o dia todo fora de casa, e disse sair ainda de madrugada e voltar no fim da tarde. No entanto, ainda que o tempo em que a PTM se encontrava no CAPS fosse o mesmo da cuidadora no trabalho (não influenciando no tempo disponível para outras atividades), ela alegou ter havido mudanças positivas depois da entrada da PTM no serviço, uma vez que ficou despreocupada, quando afirmou que ela estava sendo bem cuidada e bem olhada pelos profissionais do CAPS.

No depoimento da cuidadora da família 10, percebe-se que após a entrada do PTM no CAPS a melhora de seu familiar adoecido foi paulatina, mas ao mesmo tempo eficaz. Quando a pessoa inicia o tratamento no CAPS, ela tem um projeto terapêutico individual, que respeita suas particularidades. Além disso, no que se refere à medicação, os profissionais que atuam no serviço observam o uso diferenciado para cada usuário de acordo com o diagnóstico e com o projeto terapêutico de cada um (BRASIL,2004). Dessa forma, esses fatores, atrelados à atenção e cuidado dos profissionais, relatados pelos entrevistados, podem estar relacionados com a melhora da saúde do PTM após a entrada no CAPS, através de uma nova prática de tratamento. Entretanto, para duas famílias (7 e 11) a entrada do PTM no serviço ocasionou respectivamente, diminuição no tempo da família e não influenciou em mudanças no tempo. Para a cuidadora da família 7, a redução do tempo se justificou pelo seu acompanhamento nas consultas do portador, tendo que organizar suas tarefas diárias para que pudesse cumprir essa outra atividade, como evidenciado a seguir:

(...) aí a gente teve que afastar o tempo um cadim pra poder andar, pra poder organizar, pra poder, pra levar ao médico né, aí sempre eu que levava né, no início to levando, to levando (...) (F7 – PTM com modalidade não intensiva).

E para a família 11 o cuidador alegou que o CAPS não possibilitou nenhuma mudança no tempo da família, uma vez que a PTM ia ao serviço somente uma vez ao mês, para as consultas, e a própria família tomava frente nesses cuidados:

(...) nesse caso é porque ela não vai lá e fica o dia a dia lá, no caso, ela vai só mesmo pra consulta, então no nosso caso não mudou muito. É nós mesmo que temos que cuidar(...) (F11 – PTM com modalidade não intensiva).

Considerando as mudanças ocorridas no âmbito daquela família, antes e depois da entrada do PTM no CAPS (Quadro 1), pôde-se observar melhor distribuição do tempo e mais oportunidades para o desenvolvimento de outras atividades no cotidiano familiar após a entrada do PTM no serviço.

Quadro 1 – Mudanças no tempo da familiar após o retorno do PTM da internação e depois da entrada no CAPS, Viçosa, MG

<b>Famílias</b>	<b>Após o retorno do PTM da internação em hospital psiquiátrico</b>	<b>Após a entrada do PTM no CAPS</b>
1	Menos tempo da família para outras atividades	Mais tempo para outras atividades
4		
5		
6		
8		
9		
2	Mais tempo para outras atividades	Mais tempo ainda para outras atividades
3		
10		
7	Mais tempo para outras atividades	Menos tempo para outras atividades
11	Menos tempo para outras atividades	Nada mudou

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Dessa forma, os resultados apontam para a atuação positiva do CAPS no tempo das famílias, quando possibilitava a realização de outras atividades que não o

cuidado com o PTM, com menos preocupação e mais independência. Torna-se, então, necessário e importante verificar, na visão das famílias, quais foram as mudanças na qualidade de vida familiar após a inserção do PTM no serviço, a partir dessas alterações no tempo que a família gastou com as atividades diárias.

### **3.2. Mudanças na qualidade de vida familiar**

Neste tópico, procurou-se discutir a repercussão do CAPS na qualidade de vida (QV) das famílias advinda da inserção do PTM no serviço, por meio das seguintes variáveis: significado de qualidade de vida e influência do CAPS na qualidade de vida, por meio da análise dos diferentes domínios da vida, de forma concreta e subjetiva.

Quanto ao significado de qualidade de vida, Cebotarev (1994) apontou para a inexistência de consenso quanto à concepção de qualidade de vida, uma vez que é influenciado pelas experiências vividas pelo indivíduo, bem como pelos seus valores culturais.

Para a cuidadora da família 1, qualidade de vida “é a pessoa viver bem, ter saúde, viver bem com todo mundo, não fazer mal pra ninguém, não desejar nada de ruim para os outros, comer sempre nas horas”. Para ela, ter qualidade de vida é quando a pessoa “não puder fazer bem pro outro, não praticar o mal”.

O cuidador da família 2 referiu-se à qualidade de vida, inicialmente, apresentando as coisas que ele almejava ter, mas atualmente não tinha, dizendo não ter qualidade de vida quando aponta: “Ah, pra mim qualidade de vida é (pausa) pra mim, eu não tenho boa qualidade de vida porque o ideal pra mim, que eu penso é, eu gostaria de, já pensei em voltar a estudar novamente, falta capital para desenvolver”. Depois, referiu-se à qualidade de vida dizendo que é “ter um tempo para lazer, fazer algum lazer, é poder ter uma boa alimentação, visitar os amigos”.

Na visão da cuidadora da família 3, qualidade de vida “é a pessoa ser mais novo, ter ao menos uns trinta e cinco anos de idade, ter saúde e ter emprego pra trabalhar, ter paz, ter sucesso. É alimentar, ter um alimento mais melhor, mais saudável, ter um legume, uma verdura, de manhã, pra quem tiver um alimento melhor, um pão com queijo pra tomar com cafezinho com leite”.

A cuidadora da família 4 apontou qualidade de vida como “a pessoa ter convivência dentro dos padrões, manter a casa, os filhos, a saúde da gente”. Já para a

cuidadora da família 5 qualidade de vida “é viver tranquilamente, sossegado, se dar bem com todo mundo”. Ela disse que as vizinhas e a filha as ajudam muito, sendo este outro fator relevante para se ter boa qualidade de vida: “tenho minhas vizinhas aqui, minha filha, elas me ajudam muito”.

Para o cuidador da família 6, qualidade de vida relaciona-se a “viver alegre, viver contente, primeiramente com a saúde, que tendo saúde a gente tem tudo, perdeu a saúde, a gente convive mas nunca tem aquela alegria mais não”. Ele disse: “(...) a alegria minha é se eu não tivesse sentindo nada e mesmo aposentado, eu pegar no serviço e plantar um feijãozinho pra me diverti (...)”.

Qualidade de vida, na visão da cuidadora da família 7, “é a gente ser a gente mesmo (...) Ter um bom comportamento(...)”. Para ela, sua qualidade de vida se relaciona aos relacionamentos com outras pessoas e à forma como se comporta perante as pessoas com as quais ela não se relaciona bem: “a minha qualidade de vida é assim, eu não gosto de sair de casa, às vezes tem pessoa que eu não me dou com aquela pessoa, eu falo um oi, um bom dia, uma boa tarde, mas não sou de destratar, não sou de discriminar, então eu fico no meu lugar, eu sou assim”.

A cuidadora da família 8 referiu-se à qualidade de vida como “ter uma vida boa, saudável, ser feliz”. Ela disse que “gosta de viver, ser alegre, ficar perto das pessoas que gosta”. Na visão da cuidadora da família 9, qualidade de vida “é você viver bem, tratar bem as pessoas, a princípio de tudo humilde, ser honesto com todo mundo(...). Viver bem com todo mundo, não tentar prejudicar o seu próximo”.

Para a cuidadora da família 10, qualidade de vida é “ter uma vida saudável, ter tudo que deseja(...)é ter uma boa alimentação”. E para o cuidador da família 11, qualidade de vida se refere à “pessoa trabalhar, ter os momentos de lazer, estudar, tentar investir nela também(...)”.

A partir das falas dos entrevistados, observou-se que, entre os domínios da vida propostos por Metzger et al. (1980), “a saúde e o relacionamento” foram os que mais sobressaíram. Na visão das famílias, ter vida saudável e relacionar-se bem com as pessoas, além de não tentar prejudicar o próximo e ser honesto com todo mundo, refletem em uma boa qualidade de vida. A alimentação foi o segundo mais citado pelas famílias, seguido de lazer e emprego. Foi também relatado que ter paz/sossego é um quesito para a boa qualidade de vida, assim como o viver bem.

Em relação à percepção da família sobre a influência do CAPS na sua qualidade de vida, verificou-se que para todas as famílias do estudo o serviço

proporcionou melhorias na qualidade de vida. A maior parte das famílias (famílias 3, 4, 5, 7, 9 e 11) relacionou a melhora na QV com as mudanças positivas no comportamento do PTM após a entrada no serviço e início do tratamento. Elas alegaram que o PTM ficou mais obediente, respeitando as pessoas e, principalmente, ficou mais tranquilo, como mostram os depoimentos de algumas famílias:

(...)quem melhorou um bocadinho mesmo foi o Gerson(...)porque antigamente ele não respeitava nem trovão, nem chuva, nem nada, né.(...)que ele tá parando com 'saissão', né. Quando ele quer sair, igual o tempo que tá assim, eu falo com ele que é perigoso chuva pesada, enxurrada, aí ele obedece eu, né, não sai (F3 – PTMs com modalidade intensiva, cada).

(...)porque todo mundo ficou tranquilo, ele mudou muito. Porque ele era um menino assim, se a pessoa tivesse aqui conversando ele achava que tava falando dele. E aí acabou, minha filha, graças à Deus. Dorme normal, tranquilo, né (F5 – PTM com modalidade não intensiva).

Olha, houve muita mudança, a qualidade de vida ficou melhor, porque antes, quando ela não participava do CAPS, a gente não sabia onde que ela tava, ia procurar, muitas vezes a gente saía nove e meia, dez horas pra procurar ela, rodava Viçosa, era gasto com taxista, rodava, ia em tudo quanto é lugar que a gente achava que ela tava, custava a encontrar. E hoje acabou, porque, como se diz o ditado, ela sabe que aqui tem uma atividade pra fazer, alguma coisa pra fazer (F9 – PTM com modalidade intensiva).

Nota-se ainda que, para a família 9, havia o gasto da renda com táxi na procura da PTM pela cidade e até mesmo em cidades vizinhas, e, após a entrada no CAPS, esse gasto não foi mais necessário, o que se pode entender uma contribuição com o orçamento familiar.

Foram também relatados como fatores de melhora na qualidade de vida familiar após a entrada do PTM no CAPS, a satisfação em ver o PTM saudável, como é o caso das famílias 6 e 10, bem como o aumento da tranquilidade, como relatado pelas famílias 1 e 2:

Ah, é mais alegria que a gente tem ué, alegria, satisfação, ih, melhorou, nossa senhora. Ela tá bem (F6 – PTM com modalidade intensiva).

Mudou. A qualidade de vida ficou melhor. Que minha família tudo ficou alegre de ver ele assim, desse jeito né, mudou sim (F10 – PTM com modalidade não intensiva).

Houve melhora que eu fiquei mais sossegada. Eu sei que ela ta lá, que as bênçãos de Deus e de Nossa Senhora e o amor das pessoas, ela ta cuidada, né. Não to pensando que ela às vezes caiu dentro de uma água, se machucou, se não machucou. Eu sei que ela ta lá, sendo cuidada direito, mais do que se tivesse comigo, né, todo mundo muito amoroso lá, todos

muito boa pessoa, que cuida. Graças à Deus, foram enviados de Deus (F1 – PTM com modalidade não intensiva).

Houve, houve mudança, houve melhora. É que a gente também (pausa), ele passou a ter menos problema né, ficou mais estável mais tempo, aí deixou de ter menos preocupação com ele, porque passou a confiar mais no tratamento, e isso influenciou (F2 – PTMs com modalidades intensiva e não intensiva, cada).

Foi ainda relatado como melhora na qualidade de vida o aumento no tempo da família para exercer outras atividades que não fosse o cuidado, após a entrada do PTM no CAPS, o que pode se relacionar com o tratamento proposto pelo serviço e consequente melhora em seu estado de saúde, como descrito pela cuidadora da família 8:

(...)melhorou demais a qualidade de vida. Antes ele exigia muito tempo para os cuidados, a gente não tinha um tempo de entrar debaixo do chuveiro direito, né, não tinha nem tempo de lavar cabeça direito, tinha que tomar banho correndo; ah, melhorou muita coisa, eu ia fazer compra, precisava de fazer compra correndo, (...)e eu ficando doida que lotação não vinha, não tinha telefone de táxi nem nada e eu correndo naquele estradão, naquele solão(...). Nossa, melhorou, porque eu deixava ele no CAPS e ia fazer compra né, com mãe, ia fazer compra, aí melhorou muita coisa (F8 – PTM com modalidade semi-intensiva).

No que se refere à influência do CAPS nos diferentes domínios da vida propostos por Metzger et al. (1980), foi questionado ao entrevistado se houve mudança em cada domínio a partir da entrada do PTM no CAPS e, na existência de mudança, qual foi essa mudança. O questionamento sobre as mudanças em cada domínio foi feito em relação aos 13 portadores de transtorno mental, entendendo que a repercussão do CAPS em cada domínio poderia se fazer diferente para cada PTM nas famílias em questão.

De acordo com Silva e Gonçalves (s.d.), esses domínios são construídos por elementos específicos ou aspectos do meio ambiente físico e relacional de cada indivíduo, os quais estão dentro do contexto de sua experiência de vida. Portanto, cada indivíduo atribui mudanças ou maior/menor satisfação com cada domínio de acordo com suas vivências.

Entre os domínios da vida apresentados, verificou-se que a saúde foi o que mais sofreu mudanças após a entrada do PTM no CAPS. Para 12, dos 13 portadores de transtorno mental, houve relato de mudanças por parte do cuidador, e apenas a família 5 alegou não ter havido mudanças na saúde. Essas mudanças se relacionaram à melhora na saúde do PTM; ao menor gasto com a compra de medicamentos em

farmácia; e à maior facilidade para a compra de medicamentos através do benefício conseguido pelo CAPS, percebendo que as mudanças foram positivas.

Seguido da saúde, verificaram-se mudanças favoráveis no tempo para o lazer, para 10 PTMs. Essas mudanças somente não foram relatadas pelas famílias 5, 6 e 11. As famílias relacionaram as mudanças com a possibilidade de frequentar locais que antes não conseguiam por terem que cuidar do PTM, como irem à missa, a aniversários, entre outros, seja pela preocupação em deixá-lo sozinho ou, mesmo, pelo trabalho realizado com mais tranquilidade.

Foi também relatado terem ocorrido mudanças na educação, com frequência de 9 PTM. Para as famílias que alegaram terem ocorrido essas mudanças (famílias 2, 3, 6, 7, 8, 9 e 11), elas se referiam à melhora do comportamento do PTM, ou seja, o PTM passou a ficar mais “educado”, considerando o convívio social. Foram destacados o aceite para o tratamento, o bom relacionamento com outros membros da família e a melhoria em noções de higiene pessoal.

No que se refere às mudanças nas condições de trabalho, verificou-se que estas se relacionavam à realização do trabalho de forma tranquila, despreocupada e com mais tempo para a procura ou a realização do trabalho, e as famílias que alegaram ter havido esse tipo de mudança foram as famílias 1, 2, 6, 8, 10 e 11, num total de sete portadores de transtorno mental.

As mudanças na renda relacionaram-se com as melhorias surgidas na família através do benefício social conseguido pelo CAPS e, assim, poderem contribuir com o orçamento familiar, e também por não precisarem comprar remédios, uma vez que o serviço oferecia-os, permitindo, assim, que a renda das famílias fosse direcionada para outro fim, conforme relatado pelas famílias 1, 2 (relacionando-a somente ao PTM que conseguiu o benefício), 7, 8, 10 e 11, num total de 6 PTM.

No que se refere às mudanças nos relacionamentos, verificou-se que elas diziam respeito à melhora nas relações do PTM com outras pessoas. Para as famílias que alegaram essa mudança (1, 5, 8 e 11), o PTM passou a aceitar que as pessoas conversassem com ele e também não mais frequentou assiduamente as casas de amigos e vizinhos, como antes acontecia, e, com relação ao número de PTMs envolvidos nas mudanças desse domínio, foram observados em quatro deles.

Em relação às ajudas, as famílias 6, 10 e 11 disseram ter havido mudanças nesse domínio. Essas mudanças se referiam aos conselhos dos amigos para que o PTM continuasse no CAPS, tendo em vista os benefícios conseguidos na saúde desse

portador de transtorno mental; as ajudas com o atendimento recebido no CAPS, além dos medicamentos conseguidos e, também, do fato de passar a ser desnecessária a ajuda por parte da igreja do bairro, como antes era realizado. Essa família alegou que, após a entrada no CAPS, as dificuldades pelas quais ela passava foram diminuindo, através do benefício social e medicação conseguidos pelo serviço.

No que se refere à habitação, as famílias 1, 6 e 8 alegaram ter havido mudanças nesse domínio após a entrada do PTM no CAPS, e essas mudanças se referiam à possibilidade de comprar móveis para a casa, com o benefício social conseguido; à melhora das noções de higiene do PTM com a habitação, onde, na fala do cuidador da família 6, “antes ela não limpava e, sim, sujava”, como também mudanças através do aumento do tempo para o cuidado com a casa.

Quanto à alimentação, as famílias 1 e 8 alegaram ter ocorrido mudanças nesse domínio após a entrada do PTM no CAPS. As mudanças referiam-se ao aumento do tempo para a produção dos alimentos no domicílio e, também, à possibilidade de compra de alimentos nutritivos através do benefício social conseguido pelo CAPS.

Por fim, no que se refere ao emprego, as famílias 8 e 10 relataram a ocorrência de mudanças nesse domínio, referindo-se à possibilidade de realizar trabalho fora do domínio da casa por parte das duas famílias.

Na Tabela 1 são identificadas as mudanças nos domínios da vida destacadas pelas famílias do estudo. Os domínios foram dispostos com base na frequência com a qual foram relatadas as mudanças, com destaque para a saúde, tempo para o lazer e educação.

No que se refere à satisfação das famílias com os domínios da vida, questionou-se o entrevistado sobre sua satisfação com cada domínio antes e depois da entrada do PTM no CAPS, a fim de verificar o impacto do serviço na satisfação com os domínios da qualidade de vida familiar. Essa variável também foi relacionada com os 13 portadores de transtorno mental, de modo a verificar o impacto do CAPS na satisfação familiar para os diferentes membros PTMs das famílias que possuíam dois membros cada.

Tabela 1 – Mudanças nos domínios da vida a partir da entrada do PTM no CAPS, Viçosa, MG

<b>Domínios da vida</b>	<b>Mudanças N°</b>	<b>%</b>
<b>1. Saúde</b>	12	92%
<b>2. Tempo para o lazer e atividades lúdicas</b>	10	77%
<b>3. Educação</b>	9	69%
<b>4. Condições de trabalho</b>	7	54%
<b>5. Renda</b>	6	46%
<b>6. Relacionamentos</b>	4	31%
<b>7. Ajudas</b>	3	23%
<b>8. Habitação</b>	3	23%
<b>9. Alimentação</b>	2	15%
<b>10. Emprego</b>	2	15%

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

Verificou-se aumento da satisfação familiar em todos os domínios da vida interrogados, sendo, após a entrada do PTM no CAPS, o grau de satisfação total de 75,8%, contrapondo 64,8%, relatado antes da entrada no serviço. A variação média da satisfação com a qualidade de vida foi de 16,9%, influenciada principalmente pela elevação da satisfação com a qualidade de vida das famílias 1, 7 e 8, com variações de 84,2%, 47,6% e 26,7%, respectivamente.

Considerando cada domínio da vida, observou-se que a educação foi o domínio que obteve maior variação da satisfação para as famílias, com 28,1%, uma vez que estas perceberam-na como melhora do comportamento do PTM diante das pessoas com as quais ele convivia, não sendo, portanto, a educação escolar. As famílias que demonstraram variação da satisfação deste domínio foram: 1, 2, 3, 6, 8, 9 e 10, em que a maioria alegou variação de insatisfação para satisfação com respeito à educação.

Seguido da educação, os domínios que mais obtiveram variação na satisfação dos entrevistados após a entrada do PTM no CAPS foram o lazer, com 25%, a saúde com 23,5% e a habitação, com 22,6%. Para as famílias, o aumento da satisfação com o lazer se relacionava com o fato de o CAPS ter possibilitado melhora na saúde do PTM e conseqüente aumento do tempo da família para o lazer, aumentando, assim, sua satisfação. As famílias que disseram ter havido maior satisfação foram: 1, 2, 3, 6, 8 e 10, com predominância da variação de insatisfeito para satisfeito. No tocante à

saúde, esta se relacionava com o ganho de medicamentos através do CAPS e à melhora na saúde do PTM, mostrando que para essas famílias (famílias 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8), a saúde do seu familiar portador de transtorno mental se fazia importante, revertendo em maior satisfação para ela, com predominância de variação de insatisfeito para satisfeito. No que se refere à habitação, as famílias alegaram ficar mais satisfeitas por motivos como conversar tranquilamente com os familiares e amigos em sua casa; poder ter mais tempo para os serviços domésticos e, também, pelo fato de a casa ficar mais limpa, tanto pelo maior tempo da família para a execução desses serviços, quanto pela melhora nas noções de higiene do PTM. No estudo em questão, as famílias 1, 2, 6 e 8 disseram se sentir mais satisfeitas com a habitação.

Posteriormente aos domínios citados, o que mais obteve variação da satisfação foram os relacionamentos, com 21,6%. As famílias alegaram variação da satisfação devido à possibilidade de a família se relacionar tranquilamente com os amigos, diminuindo a preocupação com o PTM. Além disso, foi relatado melhora do relacionamento do próprio PTM com as pessoas, elevando, assim, o grau de satisfação que as famílias 1, 2, 3, 6, e 8 apresentaram com respeito a este domínio.

No que se refere à alimentação, que obteve variação da satisfação em 18,8%, verificou-se aumento da satisfação no sentido de a família poder se alimentar com tranquilidade, *com paz e sossego*, como disse a família 1; pelo aumento do apetite a partir da falta de preocupação com a PTM e pelo benefício social conseguido através do CAPS, que proporcionou compra com maior variedade de alimentos. As famílias 1, 2, 4, 6 e 8 disseram ter havido essa variação na satisfação com a alimentação, e a variação que predominou foi de satisfeito para muito satisfeito.

No que se refere às condições de trabalho, verificou-se variação da satisfação em 12,1%, em que as famílias 1, 6, 8 e 10 alegaram variação para maior satisfação por terem mais tempo para realização do trabalho, com a entrada do PTM no CAPS; por ser realizado com menos preocupação e por não haver mais atrasos devido aos cuidados com o PTM.

Quanto à renda, com 8,8%, e às ajudas, com 7,7% de variação na satisfação, as famílias 1, 2, 6, 7 e 8 alegaram ter maior satisfação com a renda, relacionando-a com o aumento da renda familiar devido ao benefício social conseguido pelo CAPS ou pelo auxílio do CAPS com medicações e o fato de a melhora da saúde do PTM ter possibilitado reversão da renda para outros fins. Com relação às ajudas, o aumento da

satisfação da família se relacionou com o não precisar mais pedir ajudas depois que o PTM entrou no CAPS. As famílias 2, 7 e 8 disseram que o benefício social conseguido ajudou para que elas ficassem menos dependentes de ajudas de terceiros, com predomínio da variação de satisfeito para muito satisfeito.

O domínio da vida que obteve menor variação da satisfação pelas famílias foi o emprego, com 3%. Para as famílias 1 e 8, que alegaram variação de insatisfação para satisfação com o emprego, disseram que houve aumento da satisfação por poderem trabalhar com mais tranquilidade, sem preocupação com o PTM.

Verificou-se, entretanto, que para a família 11, houve variações negativas para todos os domínios da vida questionados. Essa mudança de satisfeito para insatisfeito foi justificada na alimentação, com a justificativa de que sua alimentação foi prejudicada com a eclosão do transtorno mental; na renda, com variação de insatisfeito para muito insatisfeito, alegando gastar mais do que ganhava; no emprego, por não atender mais às necessidades do seu trabalho, devido ao fato de a doença mental de sua irmã tomar muito tempo, com variação de satisfeito para insatisfeito; na saúde, por não ter mais tempo para fazer atividades físicas, passando a ter dores no corpo, com variação de satisfeito para insatisfeito; no tempo para o lazer, variando de satisfeito para insatisfeito, alegando não ter mais tempo para o lazer e, nas ajudas, com variação de satisfeito para insatisfeito, justificando que atualmente ele não pode ajudar a irmã como gostaria.

Foi observado que para esse cuidador houve divergência de suas falas quanto à sua percepção sobre o CAPS. Ele alega insatisfação com os domínios da vida após a entrada da PTM no CAPS, mas aponta esse Centro como um local onde a PTM alcançou melhoras:

(...)aí melhorou bastante porque o tratamento começou a fazer efeito, ela voltou a ficar normal de novo sabe, aliviou bastante (F11 – PTM com modalidade não intensiva).

Essa divergência talvez esteja relacionada ao fato de o cuidador perceber a entrada da PTM no CAPS com a eclosão do transtorno mental. Para ele, o fato de ter ocorrido a crise psicótica com sua irmã e isso tê-lo feito buscar auxílio no CAPS tornaram-no insatisfeito com os domínios da vida. Dessa forma, o cuidador relacionava o CAPS com o surgimento do transtorno mental na família, e, por estar insatisfeito com o transtorno mental, conseqüentemente também estava com o CAPS.

Silva e Gonçalves (s.d.) afirmam que a qualidade de vida das famílias deve ser analisada dentro de um contexto global. Com isso, essa metodologia proposta por Metzger et al. (1980) é mais bem aplicada em estudos socioeconômicos, como é o caso do estudo em questão. Assim, é importante que haja consciência de que a construção de uma escala de qualidade de vida deve ser temporária e culturalmente específica, diferindo de um subsistema para outro.

Na Figura 1 são apresentadas as variações da satisfação com cada domínio da vida, pelas famílias do estudo<sup>24</sup>, constatando-se que a satisfação com os diferentes domínios da vida apresenta-se superior, após a entrada do PTM no CAPS.

#### Grau de satisfação

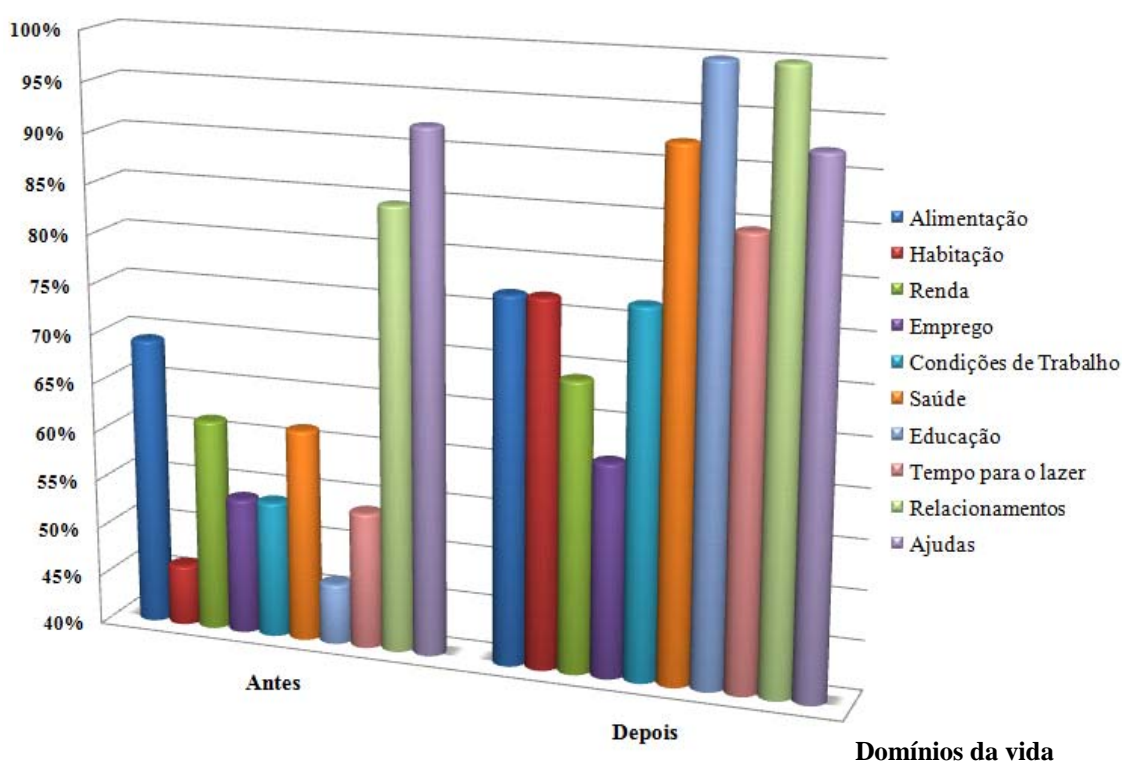


Figura 1 – Variação percentual da satisfação com os domínios da vida antes e depois da entrada do PTM no CAPS, Viçosa, MG.

<sup>24</sup> A apresentação detalhada das variações da satisfação para cada família do estudo se encontra no Apêndice E.

#### 4. CONCLUSÕES

Os resultados permitem concluir que o CAPS *Despertar* é um serviço importante na vida das famílias pesquisadas, significando local de apoio, tanto no sentido de disponibilizar medicamentos, facilitar o ganho do benefício social, atender com dignidade as pessoas portadoras de transtorno mental e também suas famílias, mas principalmente atuar na melhora da saúde e do comportamento do PTM, tornando-o mais independente e autônomo.

Mesmo tendo sido a saúde do PTM o domínio que apresentou maior mudança após a entrada no CAPS, a melhora na sua educação, ou seja, no seu convívio social, mencionada pelo seu comportamento e atitudes, foi o que promoveu maior satisfação para a família. Tal fato traz para a reflexão a possibilidade de que o comportamento tido como “correto” do PTM na sociedade exclui o medo da família do estigma e preconceito colocados por esta ao PTM ou, ainda, a vergonha que a própria família pode possuir do seu familiar. Assim, o PTM, apresentando comportamento tido como “correto”, promoveu maior satisfação para a família.

O serviço do CAPS influenciou o cotidiano familiar, contribuindo na administração do tempo, tanto para o cuidado quanto para atividades de lazer; podendo, com isso, favorecer à família momentos que proporcionem maior disposição para enfrentar o processo do cuidado, considerando-se que essa é uma atividade envolta no ato de amor, mas muito desgastante tanto físico quanto psicologicamente. As atividades cotidianas são trabalhosas, por demandarem tempo e sacrifícios por parte do cuidador, mas são facilitadas pelo serviço do CAPS.

A melhor administração dos recursos familiares influenciou a satisfação com a qualidade de vida, demonstrando que a melhoria do ambiente institucional, no caso do serviço do CAPS, no sentido de atender às demandas de seus usuários, tanto dos PTMs quanto de seus familiares, é essencial para a melhoria da saúde mental.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL – Ministério da Saúde. **Manual para Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2002.

BRASIL – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRÊDA, M. Z. **A assistência em saúde mental: os sentidos em uma prática em construção**. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 148 p.

CEBOTAREV, E. A. Apuntes sobre aspectos básicos em la calidad de vida. In: **Mujer, família e desarrollo**. Manizales: Universidad de Caldas, 1994. p. 109-38.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

METZEM, E.; WILLIAMS, F. L.; SHULL, J.; KEEFE, D. R. **Quality of life as affected by area of residence**. I Project description. Columbia: University Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experiment Station, 1980. 112 p. (Reserch Bulletin, 1036).

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PEREIRA, M. A. O.; BELLIZZOTI, R. B. A consideração dos encargos familiares na busca da reabilitação psicossocial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 25, p. 306-13, 2004.

RABELO, P. N. C. **A reforma psiquiátrica brasileira e suas repercussões nas famílias de camada popular**: um estudo de caso em Viçosa-MG. 2008. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2008.

RANDEMARK, N. F. R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**: representação das famílias. 2009. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

SILVA, T. L.; GONÇALVES, C. C. **Ideias para hoje e amanhã**: qualidade de vida em portadores de transtorno mental (gênese, instrumentos e questões atuais). João Pessoa: UEPB [s.d.]. (Trabalho desenvolvido na disciplina Saúde Mental ministrada no 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a repercussão do CAPS, serviço criado nos moldes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas famílias com membros portadores de transtorno mental, além de entender como essas famílias responderam às mudanças e aos efeitos causados pela Reforma.

Através das análises dos depoimentos dos cuidadores no âmbito familiar, pôde-se verificar que o surgimento do transtorno mental gerou mudanças na organização e dinâmica das famílias, que, muitas vezes, não estão preparadas para acolher seu familiar doente, visto que, na maioria das vezes, não dispõem do conhecimento necessário para o processo de decisão diante dos cuidados exigidos para com o referido portador. Constatou-se que nessas famílias, para que o cuidado ocorra, o abandono das atividades da rotina diária se faz presente, em que a família, em especial o cuidador, tem que colocar em segundo plano o cuidar de si para assumir os cuidados com o outro, precisando, assim, buscar estratégias para melhor administração do tempo e poder manter ou atingir uma boa qualidade de vida.

A administração do tempo é, dessa forma, realizada com base no estado de saúde do PTM, considerando o seu grau de dependência ou independência. Com isso, a família, principalmente o cuidador, apenas consegue ter seu tempo ampliado para a realização das atividades diárias, mediante a melhora do estado de saúde do PTM, e, caso isso venha a piorar, o tempo será destinado aos cuidados.

O serviço do CAPS influenciou o cotidiano familiar, contribuindo na administração do tempo, tanto para o cuidado quanto para atividades de lazer, através

das suas atividades e atendimentos oferecidos, como a disponibilidade de medicamentos, a facilidade no ganho do benefício social, o atendimento com dignidade às pessoas portadoras de transtorno mental e também suas famílias, além de outros, sendo, portanto, percebido como local de apoio.

Nesse sentido, os serviços institucionais, criados nos moldes da Reforma Psiquiátrica, devem estar preparados para acolher esses familiares, proporcionando apoio e orientação quanto às particularidades do transtorno mental. Verificou-se que o CAPS *Despertar* tem prestado assistência às famílias, atuando de forma positiva em suas vidas, sendo visto como local de ajuda, esclarecimento e, em muitas vezes, influenciador de forma satisfatória na organização e administração do tempo familiar.

No contato com as famílias, verificou-se a afetividade que envolve o relacionamento família/doente mental, demonstrado pela preocupação, o doar-se de forma completa para “estar com a pessoa doente” no seu cuidado e, principalmente, pela perseverança, mesmo com as recorrências da doença.

A pesquisa ressaltou que um caminho necessário para a superação do modelo hospitalar de atendimento psiquiátrico é o de acolher e compreender as demandas das famílias, ajudando-as a não incorporarem o transtorno como fator desagregador de suas dinâmicas e considerando as subjetividades para a efetivação dos suportes de assistência. Portanto, quando se remete aos princípios que orientam o processo da Reforma Psiquiátrica, bem como às estratégias de integração e reinserção social do portador de transtorno mental na família, torna-se importante considerar as experiências singulares desses familiares, dadas na convivência com o portador de transtorno mental, que estão a orientar os diferentes modos de representarem a saúde-doença mental.

As limitações encontradas no desenvolvimento deste estudo se referem à discussão da administração do tempo realizada pelas famílias, dada à subjetividade envolvida na administração, uma vez que ela é influenciada por inúmeros e particulares fatores presentes no contexto familiar, como a diferenciação dos papéis de cada membro familiar, as funções realizadas pelos membros, a organização familiar, as preferências, os valores, o conhecimento, entre outras questões que interferem no modo como as famílias administram seu tempo. Assim, a subjetividade dessa questão tornou-se dificultadora para uma análise mais precisa e conclusiva quanto a essa temática dentro do estudo.

Sugere-se que sejam realizados outros trabalhos envolvendo a administração de recursos em famílias com membros portadores de transtorno mental, haja vista a escassez desses estudos, bem como sua importância para a análise da organização e reorganização do sistema familiar, mediante a presença do transtorno mental. Assim, os resultados poderão ser importantes para que as políticas de saúde mental sejam reavaliadas e atualizadas, para que sua eficiência e eficácia sejam atingidas.

Além disso, observou-se como importante atuação ainda mais próxima dos profissionais dos serviços de saúde com as famílias, através das orientações necessárias para o bom funcionamento do sistema familiar diante da doença mental. Sabe-se que uma das funções do CAPS é exatamente o contato próximo do profissional com a família, buscando os meios necessários para que ela possa melhorar sua qualidade de vida, conhecendo melhor suas particularidades, de forma a construir, conjuntamente, as estratégias para o equilíbrio do sistema familiar.

## **APÉNDICES**



## **2 – Aspectos de infraestrutura da habitação e bairro**

2.1 – Moradia: ( ) Própria ( ) Alugada ( ) Emprestada/Cedida ( ) Outros

---

2.2 – Quantos cômodos tem a moradia? \_\_\_\_\_ Quais são?

---

2.3 – A habitação teve que sofrer alguma mudança ou adaptação para atender o familiar portador de transtorno mental? ( ) Sim ( ) Não

Quais? \_\_\_\_\_

2.4 - Em que essas mudanças contribuem para otimizar o uso do seu tempo?

2.5 – O PTM possui dependências separadas? ( ) Sim ( ) Não

Se não, com quem ele divide? Esse familiar teve que fazer alguma adaptação para esse convívio? ( ) Sim ( ) Não

Como? \_\_\_\_\_

2.6 – Tem energia elétrica? ( ) Sim ( ) Não

2.7 – Tem água encanada? ( ) Sim ( ) Não

2.8 – Qual o destino do esgoto? ( ) Rede Pública ( ) Rio/Córrego ( ) Fossa ( ) Não sabe.

( ) Outro \_\_\_\_\_

2.9 – No seu bairro você tem acesso a quais desses serviços/equipamentos: ( ) Posto de Saúde ( ) Hospital ( ) Escola Fundamental ( ) Escola Ensino Médio ( ) Telefone Público ( ) Agência de Correios ( ) Creche ( ) Área de lazer (quadra poliesportiva, campo de futebol, praça de esporte, clube) ( ) Outro \_\_\_\_\_

## **3 – Aspectos referentes ao Portador de Transtorno Mental e ao CAPS**

3.1 – Quem da família é usuário do CAPS?

---

3.2 – Qual dos atendimentos ele recebe no CAPS? ( ) Psiquiátrico ( ) Psicológico ( ) oficinas ( ) outros \_\_\_\_\_

3.3 – Quantas vezes no mês ele vai ao CAPS fazer tratamento? (a fim de identificar se o atendimento é intensivo, semi-intensivo ou não intensivo)

---

3.4 – Há quanto tempo o PTM faz tratamento no CAPS?

---

3.5 – Como souberam da existência do CAPS enquanto um serviço de auxílio ao tratamento do PTM? \_\_\_\_\_

3.6 – O que levou a sua família a procurar o CAPS?

---

3.7 – Durante quanto tempo o PTM permaneceu internado?

---

3.8 - Após o retorno dele para casa, como vocês reorganizaram as tarefas?

---

3.9 - Houve algum tipo de conflito entre vocês?

---

*(Desdobramento): O que aconteceu?*

3.10 – Em que o CAPS melhorou a permanência e o convívio do PTM com seus familiares?

## APÊNDICE B

### ROTEIRO DA ENTREVISTA APLICADA COM O CUIDADOR DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

**Nome:**

**Idade:**                      **Sexo:**

**Escolaridade:**

**Grau de parentesco com o PTM:**

**Dia:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Horário:**

**Local:**

**Duração:**

Este roteiro servirá de base para a entrevista e atenderá aos objetivos 2, 3 e 4 da pesquisa. É importante ressaltar que no momento da entrevista a ordem das perguntas poderá ser alterada de acordo com o seu andamento, bem como poderá ocorrer o acréscimo de outras questões que não estejam especificadas aqui. Além disso, é importante ressaltar que no momento da entrevista haverá a substituição do termo PTM pelo nome da pessoa.

**Para atender ao objetivo 2 - Identificar e analisar as mudanças enfrentadas pela família após a reintegração do PTM na residência, bem como suas estratégias para reassumir os cuidados ao PTM.**

Dentro da sua casa, quem é a pessoa que mais se dedica aos cuidados do PTM? Qual o grau de parentesco com ele?

*(Desdobramento): Como foi definido esse envolvimento? Por que foi você a pessoa indicada para os cuidados com ele?*

A família teve que adotar alguma atitude ou mudar alguma coisa para assumir os cuidados com o PTM?

Você recebe ajuda de alguém?

*(Desdobramento): Qual é a ajuda e como ela se dá?*

Quando você precisa realizar outras atividades que não seja o cuidado com o PTM, como você faz?

Você se sente prejudicada (o) em suas atividades pessoais/profissionais, pelo fato de ser o principal cuidador do PSM?

*(Desdobramento): Por quê?*

Em situações imprevistas ou não esperadas, como você e sua família tiveram que se organizar para o cuidado com o PSM?

Vocês já precisaram pedir a ajuda de vizinhos, amigos e outros parentes não residentes na casa para os cuidados a esse membro?

*(Desdobramento): Se sim, como foi a reação dessas pessoas? Elas ajudaram ou se eximiram?*

*Se não, por quê?*

E a ajuda de alguma instituição?

*(Desdobramento): Se sim, qual instituição?*

*Se não, por que?*

O PTM tem condições de ficar sozinho dentro de casa?

*(Desdobramento): como vocês perceberam isso?*

O PTM ajuda nas atividades domésticas?

*(Desdobramento): Se sim, em quê?*

*Se não, por que e de quem foi a decisão?*

Como você o vê atualmente?

Existe alguma organização feita pela família para os cuidados com o PTM?

*(Desdobramento): Como vocês se organizam?*

Tem alguma atividade que vocês faziam e agora não fazem mais em função do PTM?

*(Desdobramento): Se sim, qual?*

A presença do PTM em casa faz que você deixe de fazer outras atividades para cuidar dele?

**Para atender ao objetivo 3 - Identificar e analisar como a família do PTM administra seu recurso tempo, em função do cuidado com o PTM.**

Como você distribui o seu tempo, no seu dia a dia (atividades pessoais, familiares, profissionais e do cuidado)?

Quem possui mais tempo para o desenvolvimento de outras atividades, que não seja o cuidado com o PTM?

Você acha que a forma como cuida do PTM é favorável para que você tenha tempo de exercer outras atividades?

*(Desdobramento): Se sim, como você se organizou para isso?*

*Se não, por que você não faz mudanças para que aumente seu tempo em outras atividades?*

Você realiza alguma atividade de lazer com o PTM?

*(Desdobramento): Se sim, quanto tempo na semana?*

E sozinho?

*(Desdobramento): Quais atividades?*

E com outras pessoas que não seja o PTM?

*(Desdobramento): Quais atividades? Quantos dias na semana?*

A forma como cuida do PTM deixa você com uma sensação de satisfação ou de desgaste físico? Como você se sente?

Você acha que a forma como sua família administra o tempo gasto com os cuidados ao PTM e com as atividades diárias influencia para se ter boa qualidade de vida? Se sim ou não, por quê?

**Para atender ao objetivo 4 - Analisar a percepção da família sobre a atuação do CAPS, enquanto mediador/facilitador da interação entre o PTM e sua família, assim como sua influência nas mudanças conseguidas na qualidade de vida das famílias, após a inserção dos PTM do serviço.**

Como você enxerga o CAPS?

*(Desdobramento): Se ajuda, onde vocês percebem mais essa ajuda?*

*Se for um local que interfere negativamente na organização da família, onde vocês percebem essa interferência?*

Depois que o PTM voltou da internação para a casa, você notou que a família teve mais tempo para realizar outras atividades?

*(Desdobramento): Se sim, quais?*

*Se nada mudou, como fica isso para a família?*

Após a entrada do PTM no CAPS, você notou que a família teve mais tempo para realizar outras atividades?

*(Desdobramento): Se sim, quais?*

*Se nada mudou, como fica isso para a família?*

Para você, o CAPS é um serviço que auxilia toda a família ou somente o PTM?

No horário em que o PTM se encontra no CAPS, você consegue fazer todas as atividades que deseja?

*(Desdobramento): Quais atividades você costuma realizar?*

Para você, o que é qualidade de vida?

Na sua concepção, você considera que após a entrada do PTM no CAPS houve alguma mudança na qualidade de vida da sua família?

*(Desdobramento): Em que aspecto isso fica mais evidenciado?*

Eu vou citar agora alguns domínios da vida e gostaria de que você me dissesse se a entrada do PTM no CAPS possibilitou mudanças em cada um desses domínios: Se sim, o que mudou? Como foi essa mudança para cada um deles?

<b>Domínios da vida</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>O que mudou?/Como foi a mudança?</b>
1. Alimentação			
2. Habitação			
3. Renda			
4. Emprego			
5. Condições de trabalho			
6. Saúde			
7. Educação			
8. Tempo para o lazer e atividades lúdicas			
9. Relacionamentos			
10. Ajudas			

Agora eu gostaria de saber o seu grau de satisfação (1 – muito insatisfeito; 2 – insatisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito) com os seguintes domínios da vida, antes e depois da entrada do PTM no CAPS:

<b>Domínios da vida</b>	<b>Antes</b>	<b>Depois</b>	<b>Motivos para a variação na satisfação</b>
1. Alimentação			
2. Habitação			
3. Renda			
4. Emprego			
5. Condições de trabalho			
6. Saúde			
7. Educação			
8. Tempo para o lazer e atividades lúdicas			
9. Relacionamentos			
10. Ajudas			

## APÊNDICE C

Tabela 1 – Caracterização da contribuição dos membros familiares que recebem renda com o orçamento familiar, Viçosa, MG

Contribuição da renda com o orçamento familiar			
Família	Nº de membros na família	Nº de membros que contribuem	%
1	3	3	100
2	7	3	43
3	7	1	14
4	4	3	75
5	3	1	33
6	5	2	40
7	5	2	40
8	2	1	50
9	6	2	33
10	5	2	40
11	2	1	50

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

## APÊNDICE D

Tabela 2 – Caracterização da renda *per capita* das famílias pesquisadas, Viçosa, MG

<b>Renda per capita</b>		
<b>Família</b>	<b>Nº de membros</b>	<b>Renda per capita</b>
1	3	R\$465,00
2	7	R\$332,14
3	7	R\$64,29
4	4	R\$245,00
5	3	R\$460,00
6	5	R\$176,00
7	5	R\$269,00
8	2	R\$220,00
9	6	R\$146,67
10	5	R\$176,00
11	3	R\$568,75

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.

## APÊNDICE E

Quadro 1 – Variação da satisfação familiar com os domínios da vida antes (A) e depois (D) da entrada do PTM no CAPS, Viçosa, MG

Escala de Satisfação:

1 - Muito Insatisfeito / 2 – Insatisfeito / 3 – Satisfeito/ 4 – Muito Satisfeito

Satisfação – Antes/depois da entrada no CAPS																												
Domínios da vida	Família 1		Família 2				Família 3				Família 4		Família 5		Família 6		Família 7		Família 8		Família 9		Família 10		Família 11		Total	
	PTM 1		PTM 2		PTM 3		PTM 4		PTM 5		PTM 6		PTM 7		PTM 8		PTM 9		PTM 10		PTM 11		PTM 12		PTM 13		Total	
	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
1. Alimentação	1	4	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	32	38
2. Habitação	1	4	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	31	38
3. Renda	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	2	3	2	3	3	3	3	4	2	3	34	37
4. Emprego	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	33	34
5. Condições de trabalho	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2	33	37
6. Saúde	2	4	3	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	4	3	4	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	34	42
7. Educação	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	3	3	2	3	32	41
8. Tempo para o lazer e atividades lúdicas	1	4	2	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2	3	4	32	40
9. Relacionamentos	2	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	37	45
10. Ajudas	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	2	4	4	39	42
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>35</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>38</b>	<b>28</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	-	-
<b>Varição Percentual</b>	84,2		21,7		21,7		16,7		12,5		3,3		3,3		26,7		10,7		47,6		3,4		-13,8		14,8		16,9	

Fonte: Dados da pesquisa, 2009.