

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

TESSITURAS DO CUIDADO: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES NO CONVÍVIO COM O
SOFRIMENTO MENTAL E NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CAPS II E
CAPS AD III EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL

PONTA GROSSA

2026

EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

TESSITURAS DO CUIDADO: VIVÊNCIAS DE FAMILIARES NO CONVÍVIO COM O
SOFRIMENTO MENTAL E NAS PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO NOS CAPS II E
CAPS AD III EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada para obtenção de título de
mestre no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de
Ponta Grossa (UEPG).

Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas.
Linha de Pesquisa: Estado, Direitos e Política Pública.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi.

PONTA GROSSA

2026

S251 Sartori, Emily Mendes de Oliveira
Tessituras do cuidado: vivências de familiares no convívio com o sofrimento mental e nas práticas de acolhimento nos CAPS II e CAPS AD III em um município de médio porte no sul do Brasil. / Emily Mendes de Oliveira Sartori. Ponta Grossa, 2026.
177 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi.

1. Família - Aspectos sociais. 2. Saúde mental - Brasil. 3. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 4. Serviços de Saúde Mental - Ponta Grossa (PR). I. Coradassi, Carlos Eduardo. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362

TERMO DE APROVAÇÃO

EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

“Tessituras do cuidado: vivências de familiares no convívio com o sofrimento mental e nas práticas de acolhimento nos CAPS II e CAPS AD III em um município de médio porte no sul do Brasil”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 19 de fevereiro de 2026.

Assinatura pelos membros da Banca

Documento assinado digitalmente
 CARLOS EDUARDO CORADASSI
Data: 19/02/2026 16:36:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi - UEPG-PR - Presidente

Documento assinado digitalmente
 ANA CAROLINA BECKER NISIIDE
Data: 19/02/2026 18:32:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Ana Carolina Becker Nisiide - UNIOESTE-PR - Membro Externo

Documento assinado digitalmente
 LISLEI TERESINHA PREUSS
Data: 20/02/2026 07:14:48-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss - UEPG-PR - Membro Interno

Dedico esta pesquisa a todos aqueles que resistem e lutam para romper as amarras da opressão e da exclusão, e se permitem a ousadia de pensar em uma sociedade mais acolhedora e justa.

Quanto à minha trajetória como mulher na pesquisa, dedico-a a duas mulheres, *Karine* e *Lourdes*. Por vocês, fui incentivada a traçar meu caminho, a ter vontade de aprender e a lutar pelos meus ideais, com coragem e empatia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha mãe, Karine, fonte de inspiração para minha vida. Obrigada por seu amor incondicional e por seu apoio a todos os meus sonhos.

Agradeço ao meu companheiro, Edson, por ser luz em minha vida e por acreditar em mim. Seu incentivo e seu amor me fazem feliz.

Agradeço à minha bisa, Lourdes, minha segunda mãe e uma das mulheres mais fortes que conheço. Te amo, vózinha!

Agradeço às minhas irmãs, Eduarda, Evelyn e Kamille, e ao meu irmão, Ricardo Jr. Vocês tornam minha vida mais leve e feliz, assim como o Benício, que trouxe alegria para nossa família.

Agradeço, em especial, ao meu orientador, Carlos Eduardo Coradassi, por todo o apoio, orientação, paciência e confiança, que tornaram possível minha jornada na pós-graduação.

Agradeço à banca examinadora, constituída pelas professoras Ana Carolina Becker Nisiide e Lislei Teresinha Preuss. Obrigada pela presença de ambas, que, com suas respectivas experiências, vieram somar à minha pesquisa e trazer considerações valiosas sobre este tema que tanto aprecio.

Agradeço aos familiares entrevistados dos CAPS AD III e CAPS II, por aceitarem participar da pesquisa e por contribuírem para a construção deste trabalho com relatos oferecidos com sinceridade e afeto. Suas contribuições permitiram a concretização e a existência desta pesquisa.

Agradeço às equipes do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III) por acolherem minha proposta de pesquisa com tamanha receptividade. Da mesma forma, agradeço à Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, que, por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP), autorizou a realização desta pesquisa.

Agradeço à Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), que tem sido minha segunda casa há alguns anos. Em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas e aos(às) muitos(as) professores(as) que contribuíram para meu conhecimento ao longo deste período. Suas valiosas contribuições possibilitaram meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Concomitantemente, agradeço aos meus queridos colegas que fizeram parte desta trajetória e compartilharam comigo os percalços e as vitórias da pós-graduação e da vida acadêmica.

Agradeço ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pela concessão da bolsa de mestrado, que tornou possível a dedicação integral aos estudos e ao desenvolvimento desta pesquisa.

Por fim, agradeço a todos e todas que contribuíram, direta ou indiretamente, para esta pesquisa.

O ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo.

(Paulo Amarante)

RESUMO

SARTORI, E. M. O. **Tessituras do cuidado: Vivências de familiares no convívio com o sofrimento mental e nas práticas de acolhimento nos CAPS II e CAPS AD III em um município de médio porte no sul do Brasil.** Orientador: Carlos Eduardo Coradassi. Ponta Grossa, 2026. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2026.

A família ocupa papel central na vida dos indivíduos, seja como rede de proteção e sobrevivência, seja como espaço de afetividade e sociabilidade. Essa relevância torna-se ainda mais evidente diante do adoecimento de um de seus membros, especialmente no contexto do sofrimento mental. No Brasil, a priorização do convívio familiar e comunitário ganhou destaque no campo da saúde mental após a Reforma Psiquiátrica, promovendo mudanças significativas nos paradigmas e na organização dos serviços. Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar o papel da família como agente de cuidado e como sujeito do processo terapêutico nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir das experiências de familiares de usuários vinculados aos CAPS II e AD III do município de Ponta Grossa, Paraná. Como objetivos específicos, definiu-se: traçar o perfil socioeconômico dos núcleos familiares participantes da pesquisa; identificar as ações, projetos e atividades voltadas à inclusão da família no processo terapêutico oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial investigados; compreender as formas de inserção da família e as possibilidades de participação no processo de cuidado oferecido pelos equipamentos, com base nas experiências dos familiares participantes; e analisar os desafios e as potencialidades vivenciados pelas famílias em relação ao sofrimento mental e ao processo terapêutico oferecido pelos serviços substitutivos, a partir das experiências dos familiares vinculados a esses serviços no município. A escolha da temática relaciona-se à relevância de considerar a família no contexto do cuidado oferecido pelos CAPS, contribuindo para o avanço do debate teórico e prático, especialmente sob a ótica das Ciências Sociais Aplicadas. O estudo, de abordagem qualitativa, utilizou levantamento bibliográfico e documental, bem como entrevistas semiestruturadas para a coleta de dados. A análise foi realizada por meio da Análise de Conteúdo. Ao todo, foram entrevistados 29 familiares, vinculados tanto ao CAPS II quanto ao CAPS AD III. Os resultados foram organizados em três capítulos: (1) As redes e serviços substitutivos de saúde mental: da estruturação nacional ao universo de pesquisa; (2) Família e saúde mental: análise do cuidado familiar e do perfil socioeconômico dos participantes vinculados ao CAPS II e CAPS AD III de Ponta Grossa - PR; e (3) A família e os serviços substitutivos de saúde mental: desafios e potencialidades. Conclui-se que a família vivencia e compartilha os impactos do sofrimento mental e/ou do uso abusivo de substâncias, sendo fundamental que o processo terapêutico mantenha um olhar atento ao seu contexto e promova sua efetiva inclusão no cuidado, não apenas como acompanhante, mas como usuária ativa.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; Rede de Atenção Psicossocial; Serviços substitutivos.

ABSTRACT

SARTORI, E. M. O. Weavings of care: Experiences of family members in the context of mental suffering and care practices in CAPS II and CAPS AD III in a medium-sized municipality in southern Brazil. Advisor: Carlos Eduardo Coradassi. Ponta Grossa, 2026. Master's Dissertation (Master's Degree in Applied Social Sciences) - State University of Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2026.

The family occupies a central role in individuals' lives, whether as a network of protection and survival or as a space of affection and sociability. This relevance becomes even more evident in the face of illness affecting one of its members, particularly in the context of mental suffering. In Brazil, the prioritization of family and community coexistence gained prominence in the field of mental health following the Psychiatric Reform, promoting significant changes in paradigms and in the organization of services. In this context, the present study aims to analyze the role of the family both as a caregiving agent and as a subject within the therapeutic process in Psychosocial Care Centers (CAPS), based on the experiences of family members of users linked to CAPS II and CAPS AD III in the municipality of Ponta Grossa, Paraná. The specific objectives were defined as follows: to outline the socioeconomic profile of the participating family units; to identify actions, projects, and activities aimed at including the family in the therapeutic process offered by the investigated Psychosocial Care Centers; to understand the forms of family inclusion and the possibilities for participation in the care process provided by these services, based on the experiences of participating family members; and to analyze the challenges and potentials experienced by families in relation to mental suffering and the therapeutic process offered by substitute services, drawing on the experiences of family members linked to these services in the municipality. The choice of this topic is related to the importance of considering the family within the context of care provided by CAPS, contributing to the advancement of both theoretical and practical debates, especially from the perspective of Applied Social Sciences. This qualitative study employed bibliographic and documentary research, as well as semi-structured interviews for data collection. Data were analyzed using Content Analysis. In total, 29 family members were interviewed, linked to both CAPS II and CAPS AD III. The results were organized into three chapters: (1) Mental health care networks and substitute services: from national structuring to the research field; (2) Family and mental health: analysis of family care and the socioeconomic profile of participants linked to CAPS II and CAPS AD III in Ponta Grossa - PR; and (3) The family and substitute mental health services: challenges and potentials. It is concluded that the family experiences and shares the impacts of mental suffering and/or substance abuse, making it essential for the therapeutic process to maintain careful attention to its context and to promote its effective inclusion in care-not merely as a companion, but as an active user.

Keywords: Family; Mental Health; Psychosocial Care Network; Substitute Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	30
QUADRO 01- Redes Temáticas de Atenção à Saúde	31
FIGURA 02 - Componentes da RAPS	35
GRÁFICO 01 - Série histórica da expansão de CAPS por ano, 1998 a 2024	41
QUADRO 02 - Estabelecimentos de saúde em Ponta Grossa - 2025/CNES	45
FIGURA 03 - Distribuição das unidades básicas de saúde em Ponta Grossa, 2025	46
QUADRO 03 - Comunidades terapêuticas de Ponta Grossa/2025	48
GRÁFICO 02 - Quantitativo dos entrevistados segundo o Sexo	71
QUADRO 04 - Entrevistados segundo o Parentesco	72
GRÁFICO 03 - Quantitativo dos entrevistados segunda a Raça/Cor	73
QUADRO 05 - Entrevistados segundo a Faixa Etária	74
QUADRO 06 - Número de habitantes por residência dos entrevistados	75
QUADRO 07 - Ocupação ou situação laboral dos entrevistados	77
GRÁFICO 04 - Renda familiar dos entrevistados	78
QUADRO 08 - Escolaridade dos entrevistados	80
GRÁFICO 05 - Tempo de vínculo com os CAPS (AD e II)	81
GRÁFICO 06 - Comparativo no tempo de vínculo entre o CAPS AD III e CAPS II .	82
FIGURA 04 - Categorias para Análise de Conteúdo	86
FIGURA 05 - Desafios vivenciados pela família diante do sofrimento mental: Análise de similitude	89
FIGURA 06 - Desafios elencados pelos entrevistados	98
FIGURA 07 - Dificuldades para participação no CAPS: Análise de similitude	102
QUADRO 09 - Síntese da primeira categoria explorada	110

FIGURA 08 - Entendimento sobre o CAPS: Nuvem de palavras	113
FIGURA 09 - O impacto do tratamento oferecido no CAPS sob a ótica da família: Análise de similitude	121
FIGURA 10 - Existência de espaços no CAPS para participação da família: Nuvem de palavras	129
QUADRO 10 - Número de atendimentos ofertados entre janeiro e novembro de 2025 no CAPS AD III e CAPS II	136
QUADRO 11 - Síntese da segunda categoria explorada	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEVPG	Associação Esquadrão da Vida
APS	Atenção Primária em Saúde
ASM	Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Dissertações e Teses
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCR	Comunidade Copiosa Redenção (Padre Wilton)
CECO	Centro de Convivência e Cultura
CID-10	10º Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMSAÚDE	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CTs	Comunidades Terapêuticas
CTMV	Associação Ministério Melhor Viver
CTRM	Comunidade Terapêutica Rosa Mística

DESMAD	Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
E-MULTI	Equipes Multiprofissionais
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBTQIAPN+	Representação da diversidade de identidades e orientações sexuais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NR	Nova Redação
NUSAM	Núcleos de Saúde Mental
PBF	Programa Bolsa Família
PL	Projeto de Lei
PMPG	Prefeitura Municipal de Ponta Grossa
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PPGCSA	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas
PR	Paraná
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para a Casa
RASs	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RASB	Rede de Atenção à Saúde Bucal
RCR	Referência e Contrarreferência
RP	Reforma Psiquiátrica

RPCC	Rede de Prevenção e Controle do Câncer
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulação de Dados em Rede
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPM	Transtornos Psiquiátricos Menores
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 01 - AS REDES E SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: DA ESTRUTURAÇÃO NACIONAL AO UNIVERSO DE PESQUISA	26
1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A RAPS COMO ESTRATÉGIA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL	27
1.1.1 As redes no Sistema Único de Saúde (SUS)	27
1.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a nova ótica de cuidado em saúde mental	33
1.2 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E A SUA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	43
CAPÍTULO 02 - FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DO CUIDADO FAMILIAR E O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES VINCULADOS AO CAPS II E CAPS AD III DE PONTA GROSSA – PR	54
2.1 CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE	55
2.1.1 Implicações no cuidado em saúde mental	62
2.2 PESQUISA DE CAMPO	68
2.2.1 O perfil das famílias participantes da pesquisa	71
CAPÍTULO 03 - A FAMÍLIA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES	85
3.1 A FAMÍLIA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO	87
3.1.1 Desafios enfrentados pela família diante do sofrimento psíquico	88
3.1.2 Obstáculos à participação familiar nos serviços substitutivos de saúde mental	100
3.2 A ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL PARA INCLUSÃO DAS FAMÍLIAS	111
3.2.1 Potencialidades dos CAPS na promoção do cuidado em saúde mental	112
3.2.2 Relação entre CAPS, família e usuário: Identificando estratégias e ações de cuidado compartilhado	128
3.3 SÍNTESE DAS CATEGORIAS E PERSPECTIVAS PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL	140
CONCLUSÃO	142
REFERÊNCIAS	147
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	158
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	161
APÊNDICE C - APRESENTAÇÃO DE PESQUISA AOS EQUIPAMENTOS	165
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	168
ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA BRASIL	171

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado, desenvolvida na temática Saúde Mental e Família, tem como objeto de investigação as vivências e percepções das famílias de usuários vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca do cuidado, convívio com o sofrimento mental e participação no processo terapêutico ofertado por tais serviços.

Os CAPS são serviços substitutivos de atenção psicossocial que atendem pessoas em sofrimento mental, oferecendo acompanhamento individual e/ou coletivo aos mesmos, através da atuação em equipes multiprofissionais (Amarante, 2007).

Estes foram desenvolvidos como resultado da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, importante movimento iniciado na década de 1970, em prol da luta antimanicomial e dos direitos da população referenciada. A partir da criação e desenvolvimento de novos espaços e serviços (como o CAPS), também instaurou-se uma outra perspectiva de cuidado, onde o enfoque não restringia-se apenas ao conceito psiquiátrico de “doença mental”, mas sim no acolhimento do sujeito em sua completude, incluindo-o na comunidade e buscando fortalecer seus laços familiares (Yasui, 2010).

Posto isso, é possível observar que, o modelo antimanicomial difere-se completamente do modelo hospitalocêntrico anteriormente ofertado, onde os indivíduos que enfrentavam o adoecimento mental eram enclausurados em hospitais psiquiátricos e vivenciavam constantemente situações de maus-tratos, abuso e violência (Amarante, 2000). O internamento em manicômios ocasionava não só a realização destas práticas violentas e coercitivas, como também, o isolamento social (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014).

Com a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que aborda acerca dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, um dos direitos que passa a ser garantido ao público usuário de tal política pública trata-se de “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Brasil, 2001).

A intenção com a inserção da família no tratamento pelos serviços substitutivos desenvolvidos após reivindicação social, não é responsabilizá-la de

forma indiscriminada pelo cuidado prestado ou não a um de seus membros, mas sim entender a importância de incluí-la como um agente ativo no processo de tratamento, considerando que a mesma também precisa ser acolhida, para então acolher outro indivíduo (Santin; Klafke, 2011). Como citado por Santin e Klafke (2011, p. 158):

O grande desafio nos parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando aí compreendidos aspectos de adoecimento e de cuidado. O trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

Dessa forma, vê-se que é imprescindível refletir sobre a inclusão da família no tratamento do sujeito em adoecimento mental, considerando não só o apoio para o mesmo, como para o núcleo familiar, que também enfrenta questões macrossociais que afetam suas vivências e experiências.

Por meio destas considerações coloca-se o problema de pesquisa, que refere-se à seguinte questão: Como as famílias de usuários dos CAPS vivenciam e exercem seu papel como agentes de cuidado e como sujeitos do processo terapêutico, e de que forma essas experiências influenciam o tratamento e a promoção de um cuidado integral em saúde mental?

A partir do problema e objeto de pesquisa, formulou-se o objetivo geral, sendo ele: Analisar o papel da família como agente de cuidado e como sujeito do processo terapêutico nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir das experiências de familiares de usuários vinculados aos CAPS II e AD III do município de Ponta Grossa, Paraná. Ainda, definiu-se os seguintes objetivos específicos:

- Traçar o perfil socioeconômico dos núcleos familiares participantes da pesquisa, vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e AD III do município de Ponta Grossa, Paraná;
- Identificar as ações, projetos e atividades voltadas à inclusão da família no processo terapêutico oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e AD III do município de Ponta Grossa, Paraná;
- Compreender as formas de inserção da família e as possibilidades de participação no processo de cuidado ofertado pelos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) II e AD III do município de Ponta Grossa, Paraná, com base nas experiências dos familiares;

- Analisar os desafios e as potencialidades vivenciados pelas famílias em relação ao sofrimento mental e ao processo terapêutico oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II e AD III, a partir das experiências dos familiares vinculados a esses serviços no município de Ponta Grossa, Paraná.

Em relação a escolha pela investigação, destaca-se inicialmente o interesse pessoal desenvolvido ao longo da graduação em Serviço Social, a partir de leituras e da participação em eventos acadêmicos, que culminou na investigação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) voltado à intervenção de assistentes sociais em equipes multiprofissionais nos serviços substitutivos.

Através de relatos, as profissionais de Serviço Social entrevistadas apontaram dificuldades na adesão das famílias ao acompanhamento dos usuários vinculados aos equipamentos, muitas vezes em razão do desconhecimento sobre suas propostas e funções (Sartori, 2023).

No campo acadêmico, o estudo da saúde mental tem se fortalecido como uma área interdisciplinar, sendo que, nas ciências sociais, essa aproximação deu-se durante o século XX, mais especificamente após a Segunda Guerra Mundial, onde os conhecimentos psiquiátricos não eram mais vistos como os únicos que poderiam guiar as explicações sobre a dita “loucura” e suas formas de tratamento. Com isso, o campo da psiquiatria passa a coexistir e relacionar-se com outros saberes, como os psicológicos, sociais e antropológicos (Bisneto, 2011).

Essa abertura, faz com que o conceito de saúde mental passe a ser visto para além das questões meramente biológicas e genéticas, contemplando também os fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, fazendo com que uma nova compreensão transversal e plural tenha sido desenvolvida no campo (Amarante, 2007).

Em relação à inserção da discussão sobre a família no campo interdisciplinar da saúde mental e em sua participação nos serviços substitutivos, observa-se que, apesar de haver uma produção existente está concentra-se em determinados enfoques, contextos institucionais e áreas de conhecimento.

A partir da busca por teses e dissertações disponibilizadas no Catálogo da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e na

BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Dissertações e Teses)¹, identificou-se um total de 50 trabalhos relacionados ao tema, produzidos entre os anos de 2004 e 2024, que focalizam-se na experiência de familiares junto aos equipamentos e no convívio com sofrimento mental.

Com isso, constatou-se que a maior parte dessas investigações se concentra nas áreas de Enfermagem, Psicologia e Saúde Coletiva, tendo limitações específicas, o que evidencia a necessidade de aprofundamento e diversificação das abordagens sobre as experiências das famílias.

Na dimensão social, a discussão da participação da família nos serviços de saúde mental demonstra um compromisso com a garantia de direitos e com os princípios formulados a partir da luta antimanicomial. A inclusão familiar nos processos de cuidado, mesmo que prevista em legislação, esbarra em desafios culturais, sociais, institucionais e históricos, que dificultam a participação contínua e qualificada.

Muitos desafios são desenvolvidos devido aos constantes avanços e retrocessos desta política pública, que coloca em xeque os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, pela instabilidade nos recursos, direcionamentos conservadores e falta de priorização a este campo da saúde pública. Estas questões levam a uma fragilização desta rede, que tem sua potencialidade reduzida para oferta de um atendimento ampliado, que permita o acolhimento do grupo familiar como um todo.

Dessa forma, a presente pesquisa se justifica não apenas pelo interesse pessoal e relevância acadêmica, mas sobretudo pela importância social. A proposta de pesquisar e dialogar acerca do papel da família e sua inclusão no tratamento do usuário dos serviços da saúde mental, é fundamentalmente a discussão acerca da garantia de um direito social, previsto em legislação, o qual o poder público tem dever fundamental de garantir.

A metodologia de pesquisa caracteriza-se como sendo qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A escolha da abordagem qualitativa, dá-se principalmente

¹ O levantamento das produções acadêmicas realizado no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES e na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), realizou-se por meio dos descritores 'saúde mental', 'família' e 'CAPS', combinados pelo operador booleano *AND*. Os resultados foram organizados em uma única tabela para posterior tratamento dos dados, incluindo a identificação e exclusão de títulos duplicados entre as bases. Em seguida, procedeu-se à leitura exploratória dos títulos e à remoção daqueles que não apresentavam relação direta com a temática investigada. Por fim, a última filtragem foi feita a partir dos resumos, onde considerou-se os trabalhos que focaram na ótica dos familiares.

porque nesta preza-se pelas interpretações, concepções, significados e trajetórias expostas por sujeitos de pesquisa, que as vivenciam de forma direta ou indireta, ou seja, o conhecimento é construído com base em vivências e experiências sociais (Martinelli, 1999).

Para além, de dados numéricos, estatísticas e índices, busca-se compreender a narrativa de sujeitos sociais, que, em um estudo desta modalidade, não necessitam ser um grande número, mas sim, representar a categoria elencada de forma significativa (Martinelli, 1999).

A pesquisa exploratória busca aproximar-se de um objeto, nas fases preliminares, para proporcionar maior familiaridade, aprimorando o conhecimento em torno do mesmo, por meio de procedimentos metodológicos mais dinâmicos. Quanto a esta classificação de pesquisa, torna-se necessário destacar que, suas formas de execução são mais flexíveis, porém, geralmente iniciam-se com o levantamento bibliográfico e documental, seguidas de entrevistas, com um público que tenha aproximação com a temática debatida (Prodanov; Freitas, 2013).

Já a pesquisa descritiva, busca descrever as características de determinado fato observado, sem que haja a interferência por parte do (a) pesquisador (a) através da observação e análise (Prodanov; Freitas, 2013).

Para além deste caráter descritivo sobre o objeto em si, a mesma também pode ser usada para a compreensão da realidade que o permeia, bem como das relações que estão interligadas ao mesmo. Ambas (exploratória e descritiva) complementam-se na pesquisa social, sendo comumente utilizadas em conjunto (Gil, 2002).

A escolha por tais classificações de pesquisa ocorreu principalmente pela possibilidade de uma aproximação aprofundada e contextualizada com o fenômeno investigado, que a partir da pesquisa qualitativa, pôde acontecer por meio do diálogo com os sujeitos que vivenciam esta realidade, demonstrando sua complexidade, e permitindo que o processo investigativo reconheça as experiências e subjetividades inerentes ao âmbito da saúde mental e cuidado.

Já o caráter exploratório-descritivo foi escolhido por oferecer subsídios para a realização de um estudo voltado à aproximação, exploração e descrição das dinâmicas, percepções e práticas que compõem o cotidiano das famílias vinculadas aos serviços substitutivos, o que também possibilita identificar as nuances e contradições existentes.

Como procedimentos metodológicos usados na realização da pesquisa, selecionou-se primeiramente o levantamento bibliográfico e documental, que fornece suporte por meio de artigos, periódicos, legislações, obras literárias, dentre outros documentos e produções científicas para o debate a ser realizado, bem como, auxilia no aprofundamento da análise dos dados coletados, sob à luz dos objetivos formulados.

Os principais autores utilizados no trabalho foram: Mendes (2011), Matta (2007), Yasui (2010), Amarante (2000 e 2007), Prado (2011), Biroli (2014), Filho (2001), Caputi (2012), Soares e Munari (2007), Borba, Schwartz e Kantorski (2008), Santin e Klafke (2011), Renk, Buziquia e Bordini (2022), Santos e Diniz (2018), Yasui (2010) etc.

Enquanto, os principais documentos, dentre eles legislações utilizadas, foram: a Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira e a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Este primeiro instrumental, garante a aproximação do objeto de investigação com os materiais científicos e oficiais já produzidos acerca da temática, bem como recupera a discussão da família na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no cuidado em saúde mental, tornando possível a construção de um referencial teórico embasado e coerente.

Para a aproximação e coleta de dados com o universo de pesquisa, foi adotada a entrevista (APÊNDICE A), visto que observou-se a necessidade de dialogar diretamente com os familiares dos usuários, em razão de sua inserção no fenômeno investigado. As mesmas foram aplicadas nos CAPS AD III e CAPS II², considerando o aceite mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

² Cabe ressaltar que, devido ter-se optado pela entrevista junto a serviços públicos da rede de saúde, solicitou-se o termo de anuência da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa (PMPG), bem como submeteu-se o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, o qual foi autorizado pelo parecer 7.541.556 (ANEXO A e B).

Além da assinatura do TCLE, todos os cuidados éticos e legais previstos nas resoluções nº 510 de 07 de abril de 2016 e nº 466 de 12 de dezembro de 2012 foram tomados.³

Dentre as categorizações de entrevistas, optou-se pela semiestruturada, pois esta permite ao pesquisador maior abertura para adicionar e/ou retirar perguntas e comentários ao longo do diálogo, caso haja maior fluidez de um participante de pesquisa para outro. Tal fato, ocorre pois, esta forma de entrevistar traz a junção da entrevista aberta e fechada, ou seja, o entrevistador pode utilizar-se de um roteiro pré-elaborado, mas não necessita permanecer exclusivamente no mesmo, podendo aprofundar-se, a fim de atingir os objetivos de seu estudo (Boni; Quaresma, 2005).

Ainda assim, destaca-se que a seleção deste instrumento requer do pesquisador à devida atenção, para que o espaço de conversação seja seguro e apropriado para a melhor segurança do entrevistado, bem como necessita-se ocupar um papel ativo no diálogo, mas sem ocasionar a indução das respostas (Lima, 2016). Estas questões foram consideradas durante o processo de pesquisa em campo.

Ao todo, foram entrevistados 29 familiares, sendo que 13 estavam vinculados ao CAPS AD e 16 ao CAPS II. As entrevistas ocorreram no próprio espaço dos serviços, adaptando-se à melhor disponibilidade do público-alvo. Para tanto, utilizou-se de espaços no local que permitissem a realização do diálogo de forma sigilosa e respeitosa.

Através das experiências junto aos equipamentos, também fez-se uso da observação participante, caracterizada pelo acompanhamento sistemático das atividades do universo pesquisado, garantindo a apreensão das vivências institucionais cotidianas dos sujeitos (Alonso, 2016).

A mesma foi conduzida com o intuito de apreender a rotina institucional e compreender, de forma situada, o funcionamento cotidiano do serviço. Durante esse processo, registrou-se sistematicamente, em diário de campo físico, as atividades desenvolvidas em cada dia, bem como aspectos relevantes que emergiram da convivência no espaço.

³ Ambas as legislações realizam a construção normativa acerca dos procedimentos éticos no que concerne a pesquisa envolvendo pessoas, sendo que a primeira tem enfoque nas ciências humanas e sociais (Brasil, 2016), enquanto a segunda traz disposições gerais para todas as áreas (Brasil, 2012).

Dentre os principais elementos registrados estão as atividades e horários dos equipamentos, o fluxo de atendimento e questões relativas à estrutura e público atendido.

Por fim, para análise dos dados, utilizou-se da Análise de Conteúdo. Este método torna possível a construção de categorias, embasadas em uma análise e aferição minuciosa dos discursos e a seleção das questões apontadas com maior incidência pelos participantes de pesquisa (Bardin, 1977).

Já que, os dados a serem analisados tratavam-se das narrativas fornecidas pelos familiares entrevistados, optou-se por esta forma de análise, que organiza as informações qualitativas de forma sistemática, assim como, fornece a possibilidade do desenvolvimento de categorias, que tornam possível encontrar convergências e divergências nos discursos, compreendendo como as diferentes experiências subjetivas se conectam em um determinado contexto.

Esta análise foi precedida a partir da transcrição dos diálogos entre a pesquisadora e os participantes. Cabe destacar que, o processo de transcrição respeitou integralmente as respostas⁴ registradas por meio de apoio de um gravador em aparelho celular.

Ainda, destaca-se que para preservação da identidade dos participantes, no decorrer das transcrições, fez-se a denominação codificada na dissertação. Dessa forma, utilizou-se a ordem das entrevistas, bem como o equipamento dos quais faziam parte. Sendo assim, os primeiros entrevistados foram definidos como “Familiar AD - 01” e “Familiar II - 01” e assim sucessivamente.

No que tange a construção de categorias, fez-se o desenvolvimento de duas categorias gerais, sendo a primeira “A família e o sofrimento psíquico”, que abarca outras duas subcategorias, as quais são “Desafios enfrentados pela família diante do sofrimento psíquico” e “Obstáculos à participação familiar nos serviços substitutivos de saúde mental”.

E a segunda nomeada de “A atuação dos serviços substitutivos de saúde mental para inclusão da família”, que contém outras duas subcategorias, nomeadas como “Potencialidades dos CAPS na promoção do cuidado em saúde mental” e

⁴ Os nomes próprios ou outras identificações citadas ao longo do diálogo foram preservadas durante o processo de transcrição, a fim de respeitar o sigilo do participante, usuários e trabalhadores dos equipamentos.

“Relação entre CAPS, família e usuário: Identificando estratégias e ações de cuidado compartilhado”.

Como resultado, este trabalho organiza-se em três capítulos, trabalhados à luz dos objetivos e referencial teórico da investigação.

O primeiro capítulo intitulado de “As redes e serviços substitutivos de saúde mental: da estruturação nacional ao universo de pesquisa”, introduz o debate acerca das redes de atenção à saúde (RASs), com destaque à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sua estruturação geral e sua organização no município de Ponta Grossa - PR. Ou seja, este capítulo apresenta a formulação da RAPS, enquanto uma rede que pretende promover o cuidado integral aos sujeitos em sofrimento mental, bem como aproxima-se do universo de pesquisa que trata o estudo.

O segundo capítulo nomeado de “Família e saúde mental: Análise do cuidado familiar e o perfil socioeconômico dos participantes vinculados ao CAPS II e CAPS AD III de Ponta Grossa - PR”, aborda acerca da concepção de família contemporânea, as implicações desta instituição social no cuidado e o processo de pesquisa em campo, com enfoque a delimitação do perfil dos participantes de pesquisa. Com isso, buscou-se aproximar-se da categoria família no processo de saúde mental, bem como dos participantes de pesquisa, que tratam-se dos familiares vinculados a serviços substitutivos.

O terceiro capítulo, intitulado de “A família e os serviços substitutivos de saúde mental: Desafios e potencialidades”, busca aprofundar-se nas categorias construídas a partir da Análise de Conteúdo, priorizando as falas mais presentes ao longo dos diálogos. Para tanto, a primeira categoria buscou compreender a vivência das famílias no sofrimento mental em suas vidas cotidianas, observando quais são os desafios que se fazem presentes em suas realidades, e quais destes são impeditivos para uma melhor adesão nos CAPS.

Já a segunda categoria, parte da compreensão da atuação dos serviços substitutivos em relação aos usuários e seus familiares, apreendendo, a partir do olhar da família, quais são as potencialidades dos CAPS, as ações e atividades desenvolvidas, bem como outras estratégias que permitem o fortalecimento de laços entre serviço-usuário-família.

Ademais, o capítulo também conta com uma síntese final, que reflete acerca das categorias exploradas e destaca as possíveis perspectivas do debate para a Política Nacional de Atenção Psicossocial e Saúde Mental.

Dentre os principais resultados obtidos pela análise, pode-se observar que, a família enfrenta desafios significativos no contexto do sofrimento mental, o que demonstra a necessidade do acolhimento estendido a mesma. Os desafios analisados e pontuados nesta dissertação são: a sobrecarga com o cuidado, os momentos de crise e alterações de comportamento, as situações de estigma e preconceito vivenciadas, o isolamento e solidão do cuidador, as perdas materiais e conflitos e as dificuldades com trabalho e renda.

Os mesmos impactam diferentes aspectos da vida dos familiares, que quando não compreendidos pela política de saúde mental podem ocasionar a desproteção social dos indivíduos. Um dos caminhos para identificar esses impactos, trata-se de compreender os obstáculos que impedem o núcleo familiar na adesão aos serviços substitutivos.

Os obstáculos observados ao longo da pesquisa, demonstram que ainda há fragilidade na inclusão familiar no processo do cuidado, onde não há o reconhecimento (mutuamente) da família enquanto usuária, e não apenas uma informante do serviço e cuidadora do usuário. Esta questão também pode ser observada pela ausência de estratégias e mecanismos por parte dos equipamentos em relação ao grupo familiar.

Apesar desta problemática, em relação aos serviços e o cuidado ofertado ao paciente, nota-se que expressivamente a família destaca positivamente o impacto dos CAPS em suas vivências, o que demonstra a potencialidade do equipamento em ser um espaço de acolhimento multiprofissional voltado ao cuidado no território e na comunidade.

Neste sentido, está investigação se propôs a discutir tais dimensões da relação entre familiares X serviços substitutivos X usuários, compreendendo que, torna-se essencial reconhecer a família enquanto pertencente ao processo de sofrimento mental, e conseqüentemente, usuária dessa política pública, usuária está que possui suas singularidades inerentes da prática do cuidado.

A discussão dessas vivências e experiências mostra-se como o passo central para compreender as nuances, desafios e potencialidades que atravessam o cotidiano dessas relações, permitindo identificar elementos que contribuam para o

fortalecimento do cuidado compartilhado, o aprimoramento das práticas junto às famílias e o avanço do debate teórico na área.

CAPÍTULO 01

AS REDES E SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: DA ESTRUTURAÇÃO NACIONAL AO UNIVERSO DE PESQUISA

O presente capítulo tem como objetivo introduzir o debate acerca das redes de atenção à saúde, com enfoque na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formulada sob os princípios da luta antimanicomial que reforçam a priorização do cuidado em saúde mental por meio dos serviços substitutivos e da inserção do usuário em sua comunidade e família. Para tanto, procedeu-se à aproximação da estruturação de forma geral até a especificidade do município de Ponta Grossa, Paraná.

Dessa forma, o subitem inicial divide-se em dois subtópicos, o primeiro intitulado “As redes no Sistema Único de Saúde (SUS)” que aborda a concepção de redes de atenção à saúde (RASs), suas principais características e a sua execução no SUS, e o segundo nomeado de “A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a nova ótica de cuidado em saúde mental”, focado especificamente na apresentação da RAPS, seus componentes e pontos de atenção principais.

Tal rede foi formulada sob uma outra perspectiva de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, na qual os serviços, mecanismos e estratégias necessitam englobar o atendimento ao indivíduo de maneira integral e emancipatória, priorizando o cuidado ofertado em liberdade.

Enquanto o segundo subitem, intitulado de “O município de Ponta Grossa e sua rede de serviços de saúde mental” aborda a realidade desta rede no município de Ponta Grossa, Paraná, visto que uma parte dela caracteriza-se como o universo de pesquisa nesta dissertação. A partir disso, apresentou-se a composição da rede de serviços que atendem questões vinculadas à saúde mental, por meio dos componentes e pontos de atenção citados no tópico anterior.

Por fim, este capítulo baseou-se no levantamento bibliográfico e documental, tendo sido utilizadas a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, além de obras de autores como Mendes (2011), Matta (2007), Yasui (2010) e Amarante (2000; 2007).

1.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) POR MEIO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A RAPS COMO ESTRATÉGIA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

1.1.1 As redes no Sistema Único de Saúde (SUS)

As redes de atenção à saúde (RASs), apresentaram-se como uma resposta teórica e prática aos sistemas de saúde existentes no final do século XX, que começaram a mostrar-se insuficientes e ineficientes dada as mudanças nas condições de saúde da população (Mendes, 2011).

A fragmentação destas organizações, que possuíam enfoque nas condições agudas e estruturas isoladas com baixa comunicação entre si, começaram a apresentar dificuldades para acolher as novas demandas da saúde, à medida que os fatores internos e externos alteravam-se em todo o globo. Na América Latina, as experiências de transformação nestes sistemas fragmentados iniciaram-se próximo a década de 2000 (Mendes, 2011).

As RASs foram gradativamente consideradas como uma alternativa que possuíam a possibilidade de gerar a integração entre os serviços, estratégias e mecanismos no atendimento às necessidades sanitárias. Para tanto, as mesmas podem ser definidas:

[...] como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (Mendes, 2011, p.82).

Dessa forma, compreende-se que tais arranjos organizativos na saúde têm o compromisso na melhoria da qualidade no atendimento, levando em consideração as especificidades do território e da população atendida.

Para Viana *et al* (2018, p. 1793) “a centralidade nas necessidades sociais populacionais e individuais derivadas da integralidade dos direitos humanos e sociais, em amplas interações multiescalares e inter ou mesmo transeitoriais” torna-se o sentido ético de tais organizações.

No Brasil, as RASs encontram-se vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que refere-se ao conjunto de ações e serviços de saúde brasileiro, organizado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que foi formulado após um período de debate significativo acerca dos direitos básicos que demandavam atenção do Estado.

Apontado pela primeira vez na Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, o SUS constitui-se enquanto um modelo de saúde preocupado com a universalização e com a democracia, considerando que, sua concepção deu-se em um momento histórico onde o território nacional vivenciava a redemocratização e fazia-se presente uma intensa participação social (Polignano, 2001). Conforme definido no artigo nº 196 da CRFB/1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Neste sentido, tal sistema formulou-se sob uma nova perspectiva de saúde pública, no qual as demandas e necessidades socioterritoriais tornaram-se prioridade para as ações e estratégias.

Enquanto princípios doutrinários do SUS, destacam-se essencialmente a universalidade, a integralidade e a equidade. Os mesmos determinam que a saúde no Brasil trata-se de um direito de todos os indivíduos, devendo ser prestada assistência completa, de maneira contínua e integrada, ao mesmo tempo que, deve-se observar as particularidades de territórios e grupos sociais específicos, a fim de reduzir as desigualdades sociais e regionais no atendimento em saúde (Matta, 2007).

Para Matta (2007) a equidade enquanto um princípio doutrinário, apresenta-se como um fruto da realidade sócio-histórica brasileira, dada a construção de uma de suas maiores mazelas sociais, a iniquidade social e econômica fortemente entrelaçada nos contextos do país. Dessa forma, exige-se especial atenção para compreender que o ideal de equidade se distingue da igualdade, uma vez que este princípio leva em conta as particularidades e diferenças existentes.

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no

sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades (Matta, 2007, p.69).

Já entre princípios organizativos, que representam as formas de organização e operacionalização do SUS, têm-se como destaque a descentralização, a participação social e a regionalização e hierarquização. Cada um destes, demonstra como o sistema deve funcionar de maneira prática, considerando sua concretização enquanto uma política pública.

A descentralização refere-se a distribuição de poder entre os níveis federal, estadual e municipal, inclusive no que concerne às responsabilidades e funções, sendo que, as atribuições e competências de cada instância são organizadas visando a melhor implementação do sistema.

Já, a participação social, pode ser encarada enquanto uma herança do processo de formulação desta política pública de saúde, que busca a atuação da população na fiscalização e planejamento do SUS, por meio de espaços democráticos (Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

Ademais, a regionalização e hierarquização apresentam questões fundamentais para organização da rede de serviços. A regionalização ocorre à medida que há o foco da gestão e serviços de saúde nos aspectos territoriais locais, compreendendo que “quanto mais perto da população, maior será a capacidade de o sistema identificar as necessidades de saúde e melhor será a forma de gestão do acesso e dos serviços para a população” (Matta, 2007, p. 75).

Ou seja, busca-se considerar as particularidades, características e demandas vinculadas a cada região e sua população, sejam de cunho demográfico, socioeconômico e/ou epidemiológico, para que haja a distribuição e organização dos serviços, ações e estratégias da maneira mais coerente, garantindo o acesso de qualidade ao SUS.

Enquanto a hierarquização pode ser compreendida como a organização do sistema de saúde por meio de níveis de complexidade, sendo eles, a atenção primária (APS), a média e a alta complexidade (Matta, 2007). Cada um destes níveis de complexidade no SUS, possuem enfoques distintos no atendimento aos indivíduos.

A concepção de hierarquia vinculado aos sistemas de saúde, demonstram uma problemática, onde há margem para a divisão entre o trabalho simples e o

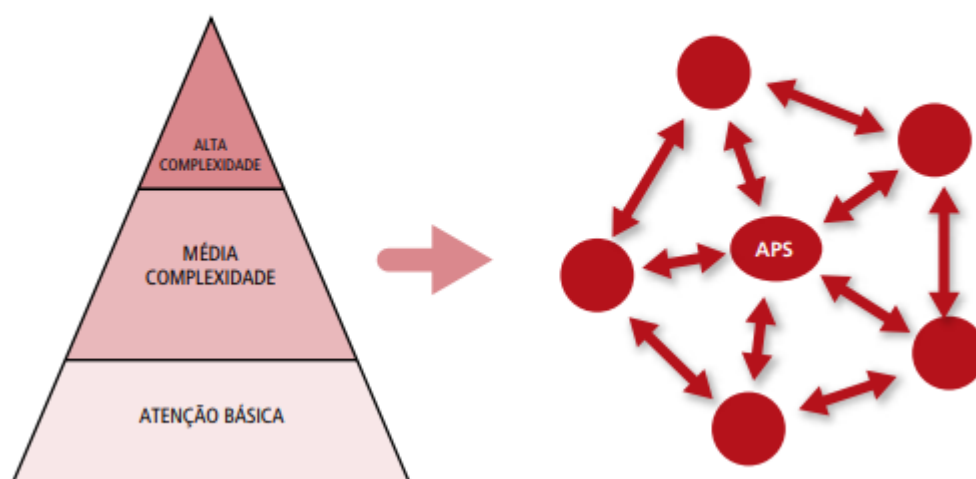
trabalho complexo, que fazem com que os fluxos acabem por estabelecer-se de formas verticais, dificultando a comunicação e o vínculo entre os diferentes pontos de atenção (Matta, 2007). Neste sentido, é que se fazem necessárias as organizações em rede.

Mendes (2011) ao tratar das redes, aponta a importância da transição da hierarquia para poliarquia, onde os pontos de atenção são interconectados em relações horizontais, visto que todos os mesmos são igualmente relevantes para o funcionamento do sistema, ainda que possuam densidades tecnológicas distintas.

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles (Mendes, 2011, p.83).

Ou seja, nenhum nível deve ser supervalorizado ou banalizado, tanto pelos gestores, como pela população em geral. A APS, antes compreendida como o nível mais simples de complexidade, passa a ser o centro da comunicação das redes, organizadas em formas de malha (Mendes, 2011).

FIGURA 01 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2011.

No SUS, a organização em redes poliárquicas foi estabelecida através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qual teve como objetivo definir diretrizes para o estabelecimento destas organizações.

A legislação destaca que fez-se presente a necessidade da superação da fragmentação dos serviços e ações na saúde, já que tal fator impossibilitava o acolhimento das novas demandas sanitárias.

Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (Brasil, 2010).

Por meio de um processo contínuo, às redes de atenção começaram a ser implementadas no Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo diferentes enfoques, mas com o objetivo comum de garantir a integralidade, universalidade e equidade no atendimento.

Atualmente, as redes temáticas de atenção à saúde, encontram-se organizadas pela Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas destas no SUS. Conforme estabelecido na mesma, existem ao todo sete redes temáticas de atenção à saúde, que encontram-se dispostas no quadro abaixo (Quadro 01):

QUADRO 01- Redes Temáticas de Atenção à Saúde

(continua)

REDE	DEFINIÇÃO
Rede Alyné	Trata-se de uma rede de atenção maternoinfantil, que deve garantir o acesso, provimento contínuo e resolutividade no atendimento de mulheres em período de gestação, puérperas e recém-nascidos. Um dos principais objetivos da rede é a redução da mortalidade materna e infantil, sobretudo da população negra e indígena.
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	A RUE refere-se a rede de saúde que foca-se nos casos agudos demandados aos diferentes equipamentos de saúde. Para tanto, a mesma visa a intervenção adequada em diferentes situações pelas equipes, a correta classificação de riscos e o atendimento ágil e humanizado.
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Refere-se a rede focalizada no atendimento integral às pessoas com doenças crônicas, por meio de ações, serviços e estratégias de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Ainda, destaca-se que tal rede propõe fomentar a mudança no modelo de saúde, garantindo maior qualidade e acesso à população.
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	A RAPS tem como finalidade a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção voltados ao atendimento de pessoas em sofrimento mental, inclusive decorrente do uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

QUADRO 01- Redes Temáticas de Atenção à Saúde

(conclusão)

REDE	DEFINIÇÃO
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	A mesma busca a qualificação no cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo.
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Tal rede propõe-se a garantir por meio da oferta de ações e serviços de saúde, o cuidado integral à pessoa com deficiência no SUS. Neste sentido, considera-se na legislação que a pessoa com deficiência é aquela com impedimento de longo prazo, seja físico, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com barreiras, pode obstruir sua participação plena na sociedade em igualdade com os demais.
Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB)	A RASB, pertencente a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) refere-se ao conjunto de diferentes ações e serviços de saúde bucal vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que busca atender as necessidades da população no que diz respeito ao cuidado em saúde bucal, através do atendimento humanizado e resolutivo.
Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC)	Trata-se da rede voltada a estruturar o cuidado integral às pessoas com câncer em todos os níveis de atenção à saúde, por meio de ações e serviços voltados à promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e suporte psicológico aos pacientes e sua família.

Fonte: Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017); Portaria nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025 (Brasil, 2025) e Portaria nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024 (Brasil, 2024a).

Notas: Dados trabalhados pela autora.

Tais redes foram formuladas de acordo com demandas prioritárias e recorrentes no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo um funcionamento próprio. Ainda assim, devem ser articuladas e possuírem uma comunicação recorrente entre si, atuando coletivamente de forma contínua e proativa.

Ademais, destaca-se que a implementação das RASs na política de saúde brasileira apresenta desafios, como o subfinanciamento do SUS, a falta de planejamento e experiências da gestão e até mesmo a dificuldade no trabalho em rede e interdisciplinarmente por parte das equipes.

Estas questões reforçam a importância dos sistemas integrados, visto que a constante transformação das demandas sanitárias e sociais, aliada à fragmentação dos serviços, compromete o acesso ao direito à saúde pública para a população de forma geral.

Dentre as redes de atenção à saúde citadas acima, a RAPS foi explorada com maior detalhamento no subtópico abaixo, considerando o universo de investigação delimitado pela pesquisa.

1.1.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a nova ótica de cuidado em saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial brasileira ainda enfrenta um processo de avanços e retrocessos contínuos, sendo que sua consolidação se deu por meio da criação de uma rede articulada de serviços voltados ao atendimento à pessoa em sofrimento mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi inicialmente preconizada pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, tendo como finalidade central a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2011).

Cabe destacar que, a concepção de uma rede de serviços partiu das mudanças dos paradigmas em saúde mental, levantados por meio da Reforma Psiquiátrica brasileira (RP), caracterizada como um importante movimento da década de 1970 que teve como objetivo a luta em prol aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico (Amarante, 2000).

[...] está sendo considerada como reforma psiquiátrica um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (Amarante, 2000, p.87).

Anteriormente à RP, tínhamos que os serviços voltados a atender a população em sofrimento mental, tratavam-se das instituições manicomiais, espaços onde os indivíduos permaneciam isolados da sociedade e de suas famílias e o tratamento ofertado violava uma série de direitos humanos, por meio de práticas coercitivas e violentas.

Os manicômios eram espaços de repressão, onde não só as pessoas em adoecimento psíquico encontravam-se isoladas, como também os indivíduos considerados à margem da sociedade, como pessoas em situação de rua, a população LGBTQIAPN+, mulheres que não obedeciam ao papel social designado a

elas, pessoas com deficiência física etc. Dessa forma, estes locais foram formulados para contenção e exclusão, e não para promoção do cuidado e acolhimento. Conforme Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014, p.126):

Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnóloga de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade.

Para além de um espaço físico, os mesmos representavam um sistema de poder, colocando em prática noções higienistas que reforçavam o estigma social a estes grupos. A periculosidade, instabilidade, irracionalidade e incapacidade civil eram características atreladas à loucura, que ao serem fortificadas no imaginário-cultural dos indivíduos ditos “normais”, acentuavam a defesa pelo enclausuramento (Figueirêdo; Delevati; Tavares, 2014).

A partir da insatisfação de trabalhadores em saúde mental no Brasil, bem como pela indignação das práticas ocorridas nestas instituições é que a RP inicia-se. Ao longo do caminho percorrido por este movimento, as problemáticas vinculadas à forma de trabalhar a saúde mental começaram a ser levantadas, notando-se a necessidade do desenvolvimento de um novo modelo.

Anteriormente à formulação da RAPS, que ocorreu de forma gradativa, temos outro importante marco legislativo, que refere-se à Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, onde são trazidos os direitos à pessoa em sofrimento mental.

Mesmo que o projeto de lei (PL) originário tenha sido rejeitado, considerando que apresentava propostas mais radicais em consonância à luta antimanicomial, tal legislação ao ser aprovada mostrou-se como um avanço na construção do cuidado humanizado em liberdade (Amarante, 2007).

A mesma define que os usuários de equipamentos de saúde mental têm o direito ao melhor tratamento ofertado no Sistema Único de Saúde (SUS), devendo ser tratados com humanidade, autonomia, respeito e proteção contra abusos e exploração.

Ainda, pontua-se a priorização pelo cuidado em serviços substitutivos, bem como o alcance da recuperação por meio da inserção na família, trabalho e

comunidade (Brasil, 2001). Neste sentido, a mudança na ótica do cuidado proposta pela luta antimanicomial começa a ter resultados legais e práticos.

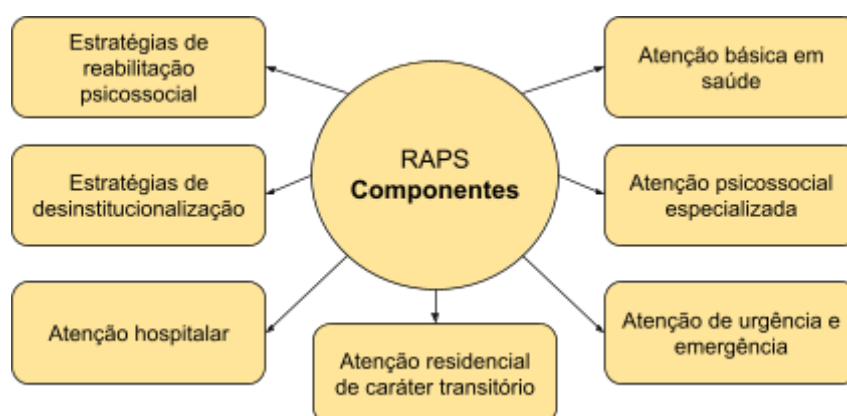
Uma década após a normativa que estabeleceu o sujeito em sofrimento psíquico como detentor de direitos, formulou-se uma rede de cuidados que buscava superar as predominâncias das práticas exclusivamente médicas e organizar os equipamentos voltados à saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para tanto, definiu-se pela Portaria nº 3.088/2011, os seguintes objetivos gerais desta (Brasil, 2011):

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Dessa forma, mediante a criação, articulação e ampliação dos pontos de atenção busca-se possibilitar o acesso à atenção psicossocial à população, por meio da oferta do cuidado integral e da assistência multiprofissional, visto que passou-se a compreender a necessidade da incorporação de outros profissionais no campo da saúde mental, a fim de superar a priorização do conhecimento exclusivamente psiquiátrico.

Para o alcance destes objetivos, a rede formulou-se pela organização de componentes, onde dividem-se os pontos de atenção e suas funções no atendimento às demandas. Ao todo, existem sete componentes, organizados na figura abaixo (Figura 02):

FIGURA 02 - Componentes da RAPS



Fonte: BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2025.

Notas: Dados trabalhados pela autora.

Conforme a figura acima (Figura 02), os componentes gerais previstos referem-se a atenção primária em saúde⁵, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (Brasil, 2017).

O primeiro componente, que trata-se da atenção primária (APS) é composto pelos seguintes pontos de atenção: às unidades básicas de saúde (UBS) e equipes vinculadas (equipes de atenção básica, equipes de atenção básica para populações específicas, equipes de consultório na rua, equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório e os núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica/NASF-AB) e os centros de convivência e cultura (Brasil, 2017).

O papel da APS no que diz respeito à saúde mental é imprescindível, considerando que tais equipamentos são a porta de entrada do SUS, que permitem o primeiro contato com o usuário e a possibilidade do acolhimento e encaminhamento para unidades especializadas, como os CAPS (Silva Filho; Bezerra, 2018).

Em locais onde os equipamentos da atenção psicossocial especializada não se fazem presentes, como são os casos dos municípios de pequeno porte, a atuação deste componente no atendimento às demandas de saúde mental tornam-se ainda mais essenciais (Nisiide, 2025).

Ainda, outro fator atual que aponta a importância da APS na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) refere-se ao aumento exponencial em casos de sofrimento mental na última década, que demonstram a necessidade da atuação territorial e preventiva de tais questões, bem como o fortalecimento destes diversos pontos de atenção.

Apesar desta relevância, observa-se ações de desmonte por parte do Estado, como exemplificado pelas mudanças no financiamento neste nível de

⁵ Conforme apresentado na figura, o primeiro componente geral é apresentado na Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017 como “atenção básica em saúde”. Ainda assim, ao longo do texto o mesmo será descrito como atenção primária em saúde, considerando mais adequada tal nomenclatura para a proposta de investigação.

complexidade promovidos pelo Programa Previne Brasil instituído no ano de 2019. A partir desta reestruturação, tem-se o desmonte dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) que desempenhavam com alta efetividade o cuidado em saúde mental.

Em substituição ao NASF foram implementadas as Equipes Multiprofissionais (E-multi) no ano de 2023, que representaram um retrocesso em relação à política anterior, considerando o financiamento flexível aos municípios, a desestruturação das equipes multiprofissionais e a precarização dos vínculos de trabalho, que consequentemente impactam na construção de ações contínuas e interdisciplinares (Tomim, 2025).

O componente da atenção de urgência e emergência é voltado para o atendimento de situações de crise em saúde mental, que necessitam de uma resposta ágil e coordenada por parte das equipes. Com isso, pode-se definir como situações emergenciais àquelas que devem ser atendidas imediatamente, considerando o risco para o indivíduo e para outros que estão à sua volta.

Enquanto pontos de atenção deste componente, tem-se os serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU 192), as salas de estabilização, as unidades de pronto atendimento (UPA) 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em hospital geral e as UBS's (Brasil, 2017).

Considerando a demanda alta e diversificada de tais equipamentos, a atuação da equipe em relação às urgências psiquiátricas, pode apresentar-se enquanto um desafio. A falta de capacitação própria para tais situações ou ainda a ausência de protocolos específicos dificultam o manejo da crise⁶ e, por vezes, a articulação deste componente com o restante da rede.

Para tanto, entende-se que há necessidade de uma formação continuada voltada a equipe multiprofissional, a fim de que o sujeito seja atendido de forma humanizada e não-estigmatizada, bem como, faz-se essencial que a atuação por parte destes serviços seja guiada pelos princípios da RP (Nascimento *et al*, 2019).

A atenção residencial de caráter transitório, engloba dois pontos de atenção, às unidades de acolhimento adulto e infantojuvenil (UA) e os serviços de atenção em regime residencial.

⁶ Devido às especificidades do atendimento de urgência em saúde mental, o Distrito Federal desenvolveu uma experiência pioneira, que surgiu junto aos serviços do SAMU 192: os Núcleos de Saúde Mental (NUSAM), voltados a esse tipo de cuidado (Distrito Federal, 2025). o Estado do Sergipe também tem implementado tal equipe.

As UA's oferecem o cuidado contínuo aos usuários de saúde mental, com funcionamento de 24 horas em ambiente residencial, onde as pessoas com acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar que demandem de atendimento terapêutico podem permanecer por até seis meses. Enquanto, os serviços de atenção em regime residencial ofertam cuidados contínuos de caráter residencial transitório, por até nove meses, exclusivamente para pessoas adultas com necessidades clínicas estáveis (Brasil, 2017).

Englobado neste último serviço encontram-se as comunidades terapêuticas (CTs) caracterizadas enquanto instituições não-governamentais, que ofertam residência coletiva temporária às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e/ou outras substâncias. Além de possuir práticas de tratamento ligadas à religião/espiritualidade, as CTs utilizam-se da laborterapia no processo terapêutico dos indivíduos (IPEA, 2017).

Com o crescente uso abusivo de substâncias, também têm ocorrido nos últimos anos o aumento destas instituições, que proliferaram-se no Brasil sob o investimento público. A dinâmica de tratamento empregada nestes locais, em muitos casos, reproduzem as estruturas manicomiais de cerceamento de liberdade e coerção dos indivíduos (Santos *et al*, 2024).

A falta de regulamentação e a inadequada fiscalização por parte do poder público têm levantado questionamentos e críticas à permanência destes equipamentos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente por parte dos movimentos antimanicomiais, que destacam as constantes denúncias de violações de direitos dos usuários.

Ainda assim, mantém-se uma forte presença das CTs no atendimento deste público e, conseqüentemente, na realidade atual da política de saúde mental brasileira.

Na sequência, tem-se o componente da atenção hospitalar, pelo qual ocorre o atendimento hospitalar em casos graves vinculados a saúde mental, dividindo-se entre os leitos de psiquiatria em hospital geral e serviço hospitalar de referência para a atenção às pessoas com sofrimento mental, que funcionam por meio de internações com o acompanhamento de equipe multiprofissional (Brasil, 2017).

Cabe destacar que, estas internações devem ser preferencialmente de curta duração em hospitais gerais, sendo aplicadas em situações graves que envolvam o sofrimento mental e/ou o uso abusivo de álcool e outras drogas. No que refere-se ao

número de leitos, considera-se enquanto parâmetro de referência a criação de um leito a cada 23.000 mil habitantes (Brasil, 2024b).

Os leitos alocados em hospitais psiquiátricos⁷, tiveram a abertura de novas unidades vedadas pela Portaria nº 5.687 de 7 de novembro de 2024, mantendo-se apenas aqueles registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até janeiro de 2018. Tal medida reforça a diretriz de fechamento progressivo desses dispositivos e a reorientação dos recursos financeiros para outros pontos de atenção da rede (Brasil, 2024c).

Ainda, as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial são importantes componentes da Reforma Psiquiátrica brasileira. O processo de desinstitucionalização, que alterou a perspectiva do cuidado em saúde mental, apoiado na liberdade e autonomia, mostra-se como um dos pilares da luta antimanicomial, mesmo que enfrente dificuldades para sua efetivação (Amorim; Dimenstein, 2007).

Consideramos aqui a desinstitucionalização como desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, perspectiva que fundamenta o movimento de reforma psiquiátrica e a política de saúde mental brasileira, inspirada na proposta da psiquiatria democrática italiana. Essa versão da desinstitucionalização é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico psiquiátrico, na qual o sentido de cidadania ultrapassa o do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (Amorim; Dimenstein, 2007, p.197).

Nesta estratégia, engloba-se os serviços residenciais terapêuticos, que referem-se a residências alocadas nas comunidades, onde pessoas com questões envoltas à saúde mental podem residir, especialmente as que encontravam-se institucionalizadas por mais de dois anos ininterruptos e/ou egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia (Brasil, 2017).

Ainda, tem-se o Programa de Volta para a Casa (PVC), estabelecido pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, que define um auxílio financeiro aos egressos de internações, que permaneceram nestas instituições por um período igual ou superior a dois anos (Brasil, 2003).

⁷ Mesmo com o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o número desses ainda supera o de leitos de saúde mental em hospitais gerais, conforme dados apresentados pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (DESMAD) no documento Saúde Mental em Dados (Brasil, 2024b).

Atualmente, o valor destinado ao auxílio é de 755,00 reais mensais, conforme definido pela Portaria nº 4.139, de 17 de junho de 2024 do Ministério da Saúde (Brasil, 2024d).

Já as estratégias de reabilitação psicossocial, tratam-se das iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais, que tem como objetivo principal a inclusão produtiva, a formação e a qualificação profissional de pessoas em sofrimento mental, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras substâncias (Brasil, 2017).

A reabilitação psicossocial enquanto um processo vinculado a RAPS pode ser caracterizada como “um conjunto de estratégias capazes de resgatar a singularidade, a subjetividade e o respeito à pessoa com sofrimento psíquico, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida” (Jorge *et al*, 2006, p.735). A cidadania, a autonomia e a inclusão são enfoques deste campo, seja no trabalho ou na sociedade como um todo.

Dessa forma, entende-se que tais estratégias necessitam do envolvimento de diferentes agentes sociais, não concentrando-se exclusivamente em ações para um único público, visto que torna-se essencial a construção de novos paradigmas no meio social, que promovam a superação dos estigmas e preconceitos em relação às questões de saúde mental.

Por fim, a atenção psicossocial tem como representação os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que referem-se a serviços substitutivos que atendem o público em sofrimento psíquico por meio da demanda espontânea, bem como por encaminhamentos de outras instituições e/ou entidades, através do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular/PTS (Brasil, 2017).

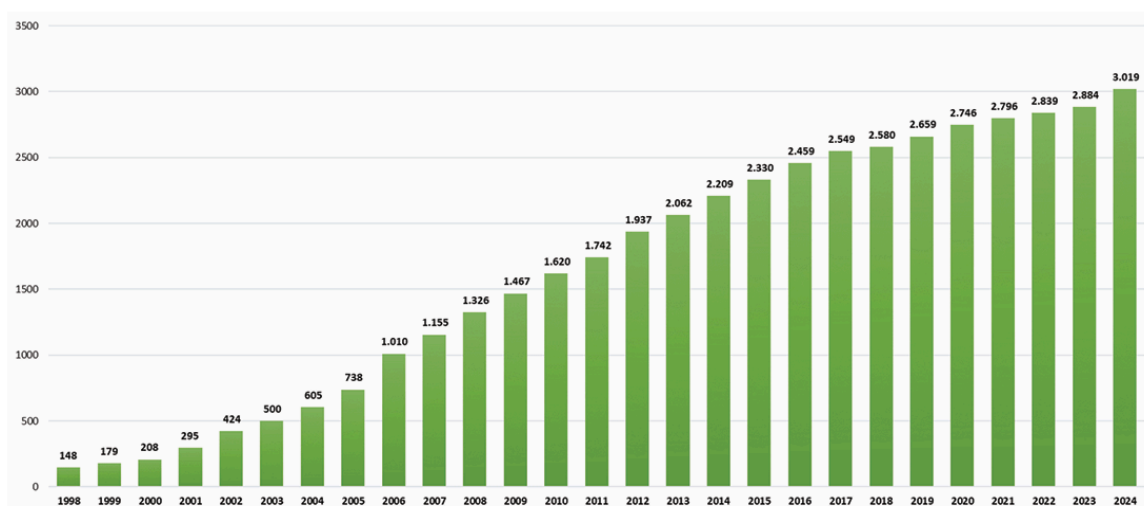
Tal ponto de atenção, deve possuir um funcionamento não-burocrático e acolhedor, desenvolvendo o acompanhamento individual e grupal dos sujeitos por meio de atividades e ações promovidas por uma equipe multiprofissional (Amarante, 2007).

Estas equipes têm um papel fundamental na produção de cuidados ofertados nos CAPS, podendo utilizar-se de uma gama de ferramentas, estratégias e ações que possibilitem o atendimento da demanda trazida, priorizando a participação dos sujeitos e familiares neste processo e o trabalho interdisciplinar (Yasui, 2010).

Conforme a Portaria de Consolidação nº 03/2017, os CAPS dividem-se em seis modalidades, os quais são: O Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) e o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) (Brasil, 2017).

O primeiro CAPS foi inaugurado em São Paulo, no ano de 1987, sendo que, progressivamente ocuparam um importante espaço na rede de serviços e cresceram em números. De acordo com os dados da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) do Ministério da Saúde, no ano de 2024, existiam 3.019 pontos de atenção deste tipo (Brasil, 2024b).

GRÁFICO 01 - Série histórica da expansão de CAPS por ano, 1998 a 2024.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>. Acesso em: 28 abr 2025.

Ainda, o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) é a modalidade deste equipamento que possui maior número, sendo registrados 1.522 pontos de atenção, seguidos do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), com 528 espaços habilitados e do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), com 338 (Brasil, 2024b).

Ou seja, cerca de 50% destes serviços são do tipo I, podendo significar uma maior cobertura nos municípios de pequeno porte e a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando que a implementação por modalidades divide-se pelo porte das cidades, e consequentemente o número total de habitantes (Brasil, 2024b).

Os CAPS desempenham um papel fundamental no atendimento para usuários de saúde mental, e o investimento governamental em tais equipamentos, possibilita a promoção do cuidado humanizado e em liberdade.

Ainda que, estes possuam uma atuação central no cuidado em saúde mental sob a égide dos direitos humanos, observa-se que a construção de espaços substitutivos voltados ao sofrimento mental e ao uso abusivo de substâncias ainda enfrenta uma série de desafios.

Por parte do poder político, as disputas hegemônicas sobre os modelos de cuidado ainda permanecem, mesmo que ganhem novas facetas. Dentre os exemplos atuais, temos o investimento massivo em comunidades terapêuticas (CTs) promovidas entre os anos de 2019-2022, que também ocasionaram uma desvalorização dos serviços comunitários e princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nos equipamentos, a demanda crescente em saúde mental, principalmente após a pandemia da Covid-19, defronta-se com uma rede ainda incompleta, e por vezes, desarticulada entre si. Tal fator, vinculado à recursos humanos e financeiros insuficientes, pode ocasionar diretamente o funcionamento e acesso desta política pública.

Já na sociedade, observa-se um contexto atual de desconhecimento e estigmas acerca dos serviços substitutivos, disparados principalmente por meio das redes sociais. A desinformação acerca de equipamentos como os CAPS e a ridicularização do público vinculado, mostra-se como um desafio contemporâneo, que pode ocasionar o distanciamento dos sujeitos no processo de cuidado (UFMG, 2025).

Desse modo, compreende-se a necessidade da defesa contínua desta rede, a partir dos princípios da luta antimanicomial, tendo em vista que a mesma não trata-se apenas do conjunto dos serviços supracitados, mas sim, da transformação de um modelo de cuidado em saúde mental organizado de forma coordenada, que

permitiu ampliar os direitos da pessoa em sofrimento mental e estruturar uma Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Ademais, reforça-se que fortalecimento da RAPS, enquanto uma das redes de atenção à saúde (RASs), demanda uma atuação intersetorial entre os diferentes pontos de atenção existentes, pautada no diálogo horizontal e na troca de saberes. A consolidação desta rede no território, que inclui recursos terapêuticos diversos, contribui para a garantia do acesso à saúde de forma integral.

A implementação da mesma, ainda que seja guiada pelas normativas e princípios apresentados acima, dá-se de formas distintas entre as regiões e municípios brasileiros. Para tanto, o próximo subitem apresenta a configuração da RAPS no em Ponta Grossa - Paraná, a fim de aproximar-se do universo de pesquisa.

1.2 O MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E A SUA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

O município de Ponta Grossa, no qual o presente universo de pesquisa delimita-se, localiza-se no Estado do Paraná, possuindo 2.053,265km² de área territorial (IBGE, 2024) e quatro distritos: Itaiacoca, Guaragi, Uvaia e Piriquitos.

A população total da cidade é de aproximadamente 358.371 pessoas, conforme informações do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2022 (IBGE, 2022).

Deste público geral, o número de usuários que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo dados organizados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é de 253.293 pessoas, o que corresponde a uma porcentagem municipal populacional em torno de 70% (CONASEMS, 2025).

Em consonância com a média nacional, que é de 76% da população, observa-se que o município depende majoritariamente dos serviços públicos, o que reforça a necessidade de uma estruturação local em saúde apropriada para atender as demandas e necessidades da população do território.

A coordenação e organização dos serviços de saúde no município de Ponta Grossa trata-se de uma atribuição da Fundação Municipal de Saúde (FMS), que ao ser definida pela Lei nº 13.345 em 03 de dezembro de 2018, deve executar a política

de saúde municipal, a partir das diretrizes e princípios pactuados no Sistema Único de Saúde (SUS) (Ponta Grossa, 2018).

A fiscalização e assessoramento da execução da política cabe ao Conselho Municipal de Saúde (COMSAÚDE), órgão deliberativo criado em âmbito municipal no ano de 1991 e vinculado administrativamente a FMS, a qual deve assegurar condições necessárias para o funcionamento desta entidade (Ponta Grossa, 1991). Dentre as funções do conselho estão (Ponta Grossa, 1991):

- I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política, das ações e serviços públicos de saúde no Município, inclusive nos aspectos econômico-financeiro;
- II - participar do planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços públicos municipais de saúde;
- III - supervisionar e fiscalizar as ações oriundas do Sistema Único de Saúde no âmbito do Município.

Tais instâncias de participação, consideradas tanto da sociedade civil como do Estado, permitem com que haja o monitoramento e aprimoramento constante da política de saúde e seus recursos financeiros, a partir de um olhar múltiplo, capaz de trazer as demandas da população e associá-las às possibilidades governamentais (Caccia-Bava; Rocha, 2012).

Para tanto, ambas organizações possuem atuação direta na política municipal de saúde, a partir da execução, organização, fiscalização e aperfeiçoamento dos serviços, estratégias e ações que formam a rede de serviços de Ponta Grossa.

A rede de serviços local possui atendimentos ambulatoriais e hospitalares, que dividem-se em diversos equipamentos, conveniados ou não com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Através de pesquisa pelos registros no sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁸ tem-se o seguinte número de estabelecimentos na cidade, conforme os dados do mês de abril de 2025 (Quadro 02):

⁸ Destaca-se que, o número de estabelecimentos organizados no Cadastro Nacional de Saúde (CNES) e apresentados no quadro 2, engloba aqueles que fazem parte do SUS, bem como aqueles que não são conveniados. Ou seja, no mesmo não é apresentado exclusivamente a rede de serviços públicos, mas sim um dado generalizado acerca dos equipamentos em Ponta Grossa - Paraná.

QUADRO 02 - Estabelecimentos de saúde em Ponta Grossa - Abril de 2025/CNES

ESTABELECIMENTOS	QUANTIDADE
POSTO DE SAÚDE	1
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	64
POLICLÍNICA	14
HOSPITAL GERAL	6
CONSULTÓRIO ISOLADO	704
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	130
UNIDADE DE APOIO, DIAGNOSE E TERAPIA	47
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	2
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA ÁREA DA URGÊNCIA	11
FARMÁCIA	36
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	1
COOPERATIVA OU EMPRESA DE CESSÃO DE TRABALHADORES NA SAÚDE	118
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	1
CENTRAL DE GESTÃO EM SAÚDE	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLÓGICA	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	4
PRONTO ATENDIMENTO	3
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1
SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO(<i>HOME CARE</i>)	1
CENTRAL DE REGULAÇÃO DO ACESSO	1
CENTRAL DE ABASTECIMENTO	1
CENTRO DE IMUNIZAÇÃO	3

Fonte: Tabnet/MS.

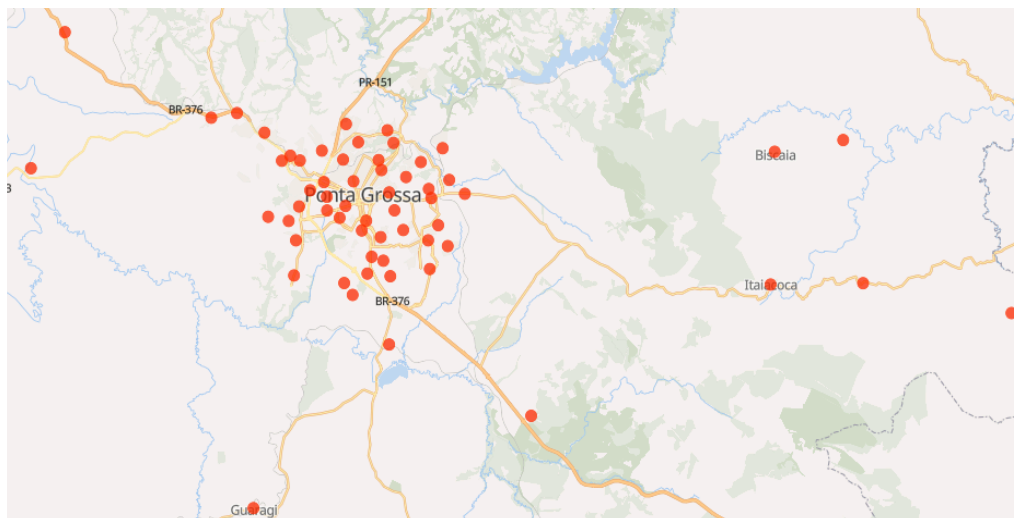
Notas: Dados trabalhados pela autora.

Ao todo, existem 1.152 estabelecimentos, sendo 1.126 sob gestão municipal e 26 sob a gestão estadual. Ainda assim, considerando o atendimento em saúde mental municipal, focar-se-á em determinados serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Na atenção primária em saúde (APS), o município conta com 59 unidades básicas de saúde (UBS), que encontram-se agrupadas em seis distritos, sendo eles: Boa Vista/Esplanada, Oficinas, Nova Rússia, Contorno/Santa Paula, Uvaranas I e Uvaranas II (Ponta Grossa, s.d)⁹. As mesmas encontram-se distribuídas no território urbano e rural, e nos respectivos distritos vinculados à mesma.

⁹ Conforme informação da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Ponta Grossa, o agrupamento das unidades de saúde em distritos está organizado com base “na localização geográfica das unidades, além do número de equipes, profissionais, infraestrutura e características populacionais” (Ponta Grossa, s.d).

FIGURA 03 - Distribuição das unidades básicas de saúde em Ponta Grossa, 2025



Fonte: CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Mapa das Unidades:** Unidade Básica de Saúde. Brasília, 2025a. *Site.* Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/mapa>. Acesso em: 15 mai. 2025.

Conforme dados extraídos do Ministério da Saúde, observa-se que em 2023, a cobertura da APS na cidade era de 87,05% (Ministério da Saúde, 2023). Tal nível de atenção possui um papel fundamental no território, considerando seu vínculo com as famílias, que deve ser estabelecido de forma longitudinal, e não só no cuidado relacionado à doença (Giovanella; Mendonça, 2012).

Ainda, através de equipamentos como as unidades de saúde, a APS é capaz de criar um filtro para o atendimento em outros serviços e/ou especialidades, que podem ser acessados por meio de encaminhamentos, referenciando e orientando com clareza o usuário para o atendimento da sua demanda (Giovanella; Mendonça, 2012).

Nas demandas vinculadas à saúde mental, a atuação da equipe é feita por meio da referência e contrarreferência (RCR), onde o indivíduo é encaminhado para equipamentos de atenção psicossocial da rede municipal, e posteriormente retorna para unidade de origem.

Para a operacionalização das RAS pelos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (RCR), o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Através desse sistema é possível perceber, nos serviços de saúde, que o usuário obtém a continuidade no cuidado ofertado, em que cada informação sobre o usuário, advinda por diferentes profissionais de saúde e por diferentes serviços, é sempre válida para continuidade do cuidado desse indivíduo, visto como um todo e recebendo atenção integral (Oliveira; Silva; Souza, 2021, p.2).

O sistema de RCR permite que se estabeleça fluxos e diálogos entre os serviços, tornando possível a concretização dos princípios de uma rede de atenção à saúde (RAS) e a possibilidade da garantia do cuidado integral ao indivíduo (Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Outro ponto de atenção na APS citado na Portaria de Consolidação nº 03/2017 no que concerne a RAPS, trata-se dos centros de convivência e cultura (CECO) (Brasil, 2017). Tais espaços buscam promover a sociabilidade entre diferentes pessoas e grupos, mediante a oferta de atividades distintas e ambientes plurais, que podem ser acessados livremente por qualquer indivíduo, vinculado ou não a outro serviço de saúde (Brasil, 2024e).

Na cidade, há o CECO “AlegreMente”, que promove grupos, oficinas e atividades distintas relacionadas à leitura, artes (pintura e cinema) e atividades físicas. O mesmo trata-se de um espaço recente da RAPS local, que busca fortalecer vínculos e combater o isolamento social a partir da promoção de ações diversas que envolvam a comunidade.

O atendimento voltado às urgências e emergências tem como um dos serviços as unidades de pronto atendimento (UPA). Em Ponta Grossa existem três UPAs, uma localizada na região do Centro (Upa Santana), outra na região de Santa Paula (Upa Santa Paula) e a última em Uvaranas (Upa Uvaranas), inaugurada no ano de 2025.

Ainda, outro serviço que pode ofertar tal atendimento na rede, trata-se do SAMU, que oferece assistência móvel tripulada por uma equipe treinada, que é acionada por meio da Central de Regulação das Urgências da cidade, através da discagem do telefone 192 (Ponta Grossa, 2022). Ambos os serviços, podem atender demandas emergenciais, inclusive no que concerne às chamadas crises psiquiátricas.

O termo “crise psiquiátrica” é utilizado para caracterizar as urgências e emergências psiquiátricas que envolvem diversas situações, desde psicoses, ideações, tentativas de suicídio, depressões e síndromes cerebrais orgânicas. Sendo caracterizada por momentos em que o sofrimento psíquico torna-se intenso, gerando desestruturação da vida social, familiar e psíquica do sujeito, havendo uma ruptura com o contexto social (Oliveira; Silva, 2017, p.02).

Para tanto, destaca-se que a equipe destes equipamentos, sejam eles fixos ou móveis, necessitam possuir manejo adequado para trabalhar com essas situações, a fim de que não priorizem exclusivamente o encaminhamento à internação psiquiátrica, ou a utilização exacerbada de práticas como a sedação ou contenções mecânicas (Oliveira; Silva, 2017).

O componente atenção residencial de caráter transitório é ofertado no contexto municipal pelas comunidades terapêuticas (CTs), as quais são incluídas na Portaria de Consolidação nº 03/2017 como serviços de atenção em regime residencial.

Ainda que, sejam serviços que despontam em críticas pelo movimento da luta antimanicomial, dado ao seu caráter de internamento por longos períodos e o vínculo com práticas religiosas nos tratamentos, as mesmas compõem a RAPS (Dias, 2013).

De acordo com o fluxo para acolhimento em comunidades terapêuticas da cidade de Ponta Grossa, o paciente que busca a UBS espontaneamente para tal encaminhamento, deve fornecer seu consentimento voluntário para o internamento, bem como necessita-se verificar o interesse de atendimento pelo CAPS AD (Ponta Grossa, 2025). Após triagem e encaminhamento pelo sistema municipal, o usuário pode ser conduzido para as seguintes CTs (Quadro 03):

QUADRO 03 - Comunidades terapêuticas de Ponta Grossa/2025

NOME DA INSTITUIÇÃO	PÚBLICO ATENDIDO	NÚMERO DE VAGAS
AEVPG – Associação Esquadrão da Vida	Público adulto do sexo masculino	12
CCR – Comunidade Copiosa Redenção (Padre Wilton)	Público adulto do sexo masculino	12
CTRM - Comunidade Terapêutica Rosa Mística	Público adulto do sexo feminino	15
CTMV – Associação Ministério Melhor Viver	Público adulto do sexo masculino	12

Fonte: PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Fluxo para acolhimento em comunidades terapêuticas.** Ponta Grossa: FMS, 2025. Disponível em: https://sei.pontagrossa.pr.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?GqA4DUuWw6hfVDdWVDH0O-2MzyMql6N-9Eh1pqlTRO8Q9jGVyZtjCfePiZbc9XFIP3eo9DI1f638q2sNZT12fkSpNbcGFFWwfcJHaw48pzNWpjGxf4O9CC0EmHTXIJ3P. Acesso em: 14 mai. 2025.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

No que refere-se à atenção hospitalar, os dados do CNES apontam que no território existem 60 leitos psiquiátricos vinculados ao SUS ativos, sendo que os mesmos são ofertados pelo Hospital Geral São Camilo (CNES, 2025b). Ainda, destaca-se que no Estado do Paraná o direcionamento para os leitos é realizado através de uma Central Regulação de Leitos acessados pelos equipamentos de saúde.

Tal recurso tecnológico estadual, permite com que o profissional que exerce medicina e seja previamente escolhido no serviço em que atua, encaminhe por meio de uma avaliação clínica os pacientes para os leitos psiquiátricos disponíveis, devendo este acompanhar e atualizar a condição do mesmo, até que seja disponibilizado o leito (Paraná, 2015).

Cabe destacar que, o processo de internação deve obedecer à Lei nº 10.216/2001, que define três tipos de internação psiquiátrica, as quais devem ser realizadas mediante laudos médicos com motivos plausíveis.

A internação voluntária consiste naquela que se dá com consentimento do próprio usuário, a involuntária dá-se pela solicitação de terceiros como familiares e a compulsória caracteriza-se por decisão judicial emitida por juiz competente (Brasil, 2001).

Ainda, entende-se que o processo de internação deve ser considerado como um dos últimos recursos a ser adotado no tratamento em saúde mental, devendo ser priorizado os serviços menos restritivos aos sujeitos em sofrimento psíquico, que permitam o tratamento em liberdade próximo aos seus familiares, trabalho e comunidade.

Já a atenção psicossocial especializada no território ponta-grossense possui um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) e um Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM) (Ponta Grossa, 2022).

Os mesmos localizam-se em bairros distintos no município, mas ofertam atendimento psicossocial a toda região, seja por meio de encaminhamentos ou da demanda espontânea.

O Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental trata-se do equipamento que possui funcionamento mais distinto, visto que, primeiramente o mesmo atende os usuários encaminhados pelas Unidades de Saúde por meio do Sistema de

Regulação (SISREG) municipal, sendo focado em realizar atendimentos individuais por meio de um número de sessões determinado. Para além, no espaço podem ser atendidos crianças, adolescentes, adultos e idosos, ou seja, um público diversificado (Sartori, 2023).

Neste, são ofertados atendimentos em diversas especialidades, como psiquiatria, psicologia, musicoterapia, terapia ocupacional e auriculoterapia. O primeiro agendamento para o usuário ocorre através da própria UBS, sendo que, posteriormente os horários são marcados pela equipe do próprio equipamento (Sartori, 2023).

Os ambulatorios de saúde mental são espaços alocados na média complexidade que permeiam as lacunas entre a atenção primária à saúde (APS) e a atenção psicossocial especializada, organizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Damous; Erlich, 2017).

Com isso, entende-se que estes equipamentos podem representar uma espécie de limbo na rede, principalmente quando suas atribuições não estão claramente delimitadas ou quando operam conforme lógicas ambulatoriais tradicionais, pouco articuladas ao cuidado territorializado e comunitário proposto pela Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira.

Ainda, a falta de delimitação acerca deste serviço, pode acabar por gerar uma dificuldade no cuidado continuado, considerando que o processo do fluxo de demandas para a APS ou ao CAPS encontram um ruído nesta rede, dificultando com que as mesmas sejam absorvidas corretamente.

Já os CAPS, pontos de atenção da RAPS, no que concerne ao atendimento especializado às demandas de saúde mental, são subdivididos por modalidades e implementados de acordo com o número de habitantes de cada região ou município, considerando as demandas e perfil populacional de cada localidade (Brasil, 2017).

O CAPS i, tem o enfoque no atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes (até 18 anos incompletos) que estão em um processo de sofrimento mental, podendo ser este derivado do uso de substâncias psicoativas ou não. Para tanto, o mesmo indica-se para municípios com população acima de 70 mil habitantes (Brasil, 2017).

O CAPS II trata-se do serviço de atenção diária que atende prioritariamente o público adulto (maiores de 18 anos) que encontra-se em intenso sofrimento psíquico, seja por demanda espontânea, ou seja, busca do próprio usuário e sua

família, ou por encaminhamento de outras instituições, desde que o usuário tenha interesse na adesão do acompanhamento. Sua indicação também se dá em cidades com mais de 70 mil pessoas (Brasil, 2017).

Enquanto que o CAPS AD III, refere-se ao serviço de atenção diária que atende 24 horas o público maior de 18 anos em sofrimento psíquico. Porém, o enfoque desta modalidade, volta-se ao atendimento do adoecimento mental provocado pelo uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas de maneira excessiva e prejudicial ao indivíduo (Brasil, 2017).

Dessa forma, cada uma destas modalidades de CAPS instituídas em Ponta Grossa¹⁰, possuem diferenciações na população de referência e funcionamento institucional, porém o modelo assistencial empregado torna-se semelhante em todos, obedecendo aos princípios referenciados na Lei nº 10.216/2001 e as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Estes equipamentos não se concentram no atendimento psicoterapêutico individual, mas sim em processos grupais, como rodas de conversa e/ou dinâmicas conjuntas. Ainda, por meio do trabalho em equipe multiprofissional, pode haver a formulação de atividades e ações diversas, que permitam o fortalecimento de laços comunitários e familiares.

Os usuários têm seu tratamento organizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), importante documento formulado conjuntamente entre profissionais, usuários e familiares, que buscam estabelecer um plano de ação para o cuidado de maneira integrada e personalizada para as subjetividades do indivíduo (Yasui, 2010). Tal plano permite a inclusão, autonomia e sensibilização da pessoa em tratamento em todo o processo, bem como o fortalecimento de vínculos com o ponto de atenção.

A construção de um projeto terapêutico individual se reveste de um grande desafio. Inicia-se com a semeadura de um vínculo, no momento crítico de aproximação do usuário ao serviço, de sua recepção, do acolhimento e da escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho, amigos). A relação de um usuário com o serviço não se dá a priori. Vínculos iniciais são frágeis e demandam uma atenção e um cuidado especial. Um descuido, uma desatenção qualquer, e eles se rompem, se quebram (Yasui, 2010, p.149).

¹⁰ Cabe destacar que, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Ponta Grossa, foram inaugurados na seguinte ordem: O CAPS AD III no ano de 2004, o CAPS II no ano de 2006 e CAPS I no ano de 2012 (Ponta Grossa, 2022).

Ademais, os CAPS devem articular-se a outros serviços e estratégias da rede por meio do PTS, sendo que, o cuidado não deve reter-se a tal espaço, a fim de garantir a integralidade na atenção (Dias, 2013).

No que refere-se ao universo de pesquisa desta investigação, os pontos de atenção selecionados da atenção psicossocial especializada foram o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III). A escolha por esses equipamentos justifica-se por serem serviços voltados ao atendimento de adultos em sofrimento mental, ainda que possuam suas diferenciações.

Os demais pontos da rede não foram incorporados ao estudo por razões metodológicas e conceituais. O CAPS I, voltado ao cuidado de crianças e adolescentes, demandaria abordagens específicas, tanto no campo ético quanto no campo teórico.

Já o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM) foi excluído pela natureza de seu funcionamento, que difere-se do processo de cuidado dos serviços substitutivos. Como discutido anteriormente, tais ambulatórios frequentemente operam em zonas cinzentas da rede, constituindo-se como espaços de indefinição ou ainda descontinuidade assistencial, inclusive sendo recentemente excluído da RAPS pela Portaria nº 757 de 21 de junho de 2023.

Ademais, compreende-se que a constituição desta rede em Ponta Grossa, que compõem o campo de pesquisa, apresenta lacunas em sua constituição, como à exemplo da ausência de implementação de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), o que pode limitar a capacidade do município em ofertar cuidados intensivos e noturnos, resultando na necessidade de internações hospitalares em situações que poderiam ser manejadas em serviços substitutivos.

Este e outros desafios, vivenciados por profissionais, usuários e familiares, demonstram como a necessidade da investigação acerca da saúde mental e RAPS na cidade têm extrema relevância. Quando se coloca a família nesta equação do cuidado, pode-se compreender que as lacunas na rede de serviços também afetam seu processo de cuidado e protagonismo.

A vivências entre a rede, os usuários e as famílias revelam dinâmicas fundamentais a serem consideradas no contexto ponta-grossense. Com isso, o próximo capítulo dedica-se a aprofundar a discussão sobre a instituição social

família, principalmente em relação à saúde mental e aos serviços substitutivos, bem como traçar o perfil dos familiares participantes que compõem este estudo.

CAPÍTULO 02

FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DO CUIDADO FAMILIAR E O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES VINCULADOS AO CAPS II E CAPS AD III DE PONTA GROSSA – PR

O presente capítulo tem como proposta trazer considerações acerca da categoria família no processo de cuidado em saúde mental, a partir do referencial teórico existente, seguindo para a aproximação com os participantes de pesquisa, que referem-se aos familiares vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III) do município de Ponta Grossa, Paraná.

O primeiro subitem atenta-se a analisar a participação da família como agente de cuidado envolto no processo de acolhimento e acompanhamento nos equipamentos de saúde mental. Para tanto, aproximou-se das concepções de família na contemporaneidade, debatendo posteriormente o papel desta na política pública de atenção psicossocial e saúde mental, bem como nas vivências dos indivíduos em sofrimento psíquico.

Já o segundo subitem buscou traçar o perfil socioeconômico dos núcleos familiares participantes, vinculados ao universo de pesquisa delimitado. Neste sentido, fez-se a descrição sobre a coleta de dados nos equipamentos, bem como a identificação de questões vinculadas à renda, escolaridade e moradia, vínculo familiar e tempo de aproximação com o serviço dos (as) participantes.

Como procedimentos metodológicos, utilizou-se primeiramente do levantamento bibliográfico e documental. Enquanto autores destacam-se Prado (2011), Biroli (2014), Filho (2001), Caputi (2012), Soares e Munari (2007), Borba, Schwartz e Kantorski (2008), Santin e Klafke (2011), dentre outros.

No levantamento documental, salienta-se principalmente a legislação nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial de saúde mental, trazendo considerações acerca da família.

Ainda, para a discussão acerca do perfil dos participantes de pesquisa, recorreu-se aos dados coletados a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas por meio de roteiro previamente elaborado (APÊNDICE A). Ao todo, foram entrevistados 29 familiares, após diálogo com os equipamentos e aceite dos

participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE B).

2.1 CONCEPÇÕES DE FAMÍLIA NA CONTEMPORANEIDADE

Ao longo da história da humanidade, o conceito de família foi transformando-se, apresentando variadas formas de convívio, laços e organização, sendo que, na concepção geral, ainda que vivamos dentro de um núcleo familiar, sua definição propriamente dita torna-se difícil (Prado, 2011).

A primeira consideração a ser feita da família trata-se de que está é uma instituição social, visto que a mesma não é um fenômeno natural. Ao contrário, é historicamente construída e transformada, à medida que se alteram os contextos sociais e culturais (Prado, 2011).

Neste sentido, compreende-se que, o que entendemos enquanto família na contemporaneidade difere-se da concepção de outros períodos históricos, bem como tem facetas diferentes no norte e sul global. Os núcleos familiares são afetados pelas conjunturas e estruturas sociais de cada território, em determinado tempo.

Mesmo que pareça ter um caráter essencialmente subjetivo e privado, considerando as vivências dos sujeitos, a família é, especialmente afetada pela realidade social e institucional, tratando-se de um conceito intrinsecamente político e histórico (Biroli, 2014). Conforme Biroli (2014, p.7):

A família se define em um conjunto de normas, práticas e valores que têm seu lugar, seu tempo e uma história. É uma construção social, que vivenciamos. As normas e ações que se definem no âmbito do Estado, as relações de produção e as formas de remuneração e controle do trabalho, o âmbito da sexualidade e afetos, as representações dos papéis sociais de mulheres e homens, da infância e das relações entre adultos e crianças, assim como a delimitação do que é pessoal e privado por práticas cotidianas, discursos e normas jurídicas, incidem sobre as relações na vida doméstica e dão forma ao que reconhecemos como família.

Aquilo que é naturalizado como doméstico ou familiar compõem uma série de dinâmicas complexas, que envolvem inclusive os contextos econômicos de cada período. Filho (2001) destaca que uma das funções pela qual a família pode ser analisada trata-se da econômica, o que envolve as relações de trabalho e renda da época.

A concepção de família moderna nasce com o início do processo de industrialização e avanço do capitalismo. A partir destes acontecimentos, inicia-se a separação entre o ambiente doméstico e o ambiente de trabalho, ao passo que, os indivíduos não possuem mais suas oficinas em casa, lideradas por um patriarca, mas sim passam a vender sua mão-de-obra (Biroli, 2014).

Para tanto, constroem-se barreiras mais delimitadas entre a vida pública e a vida doméstica, que ocasiona um fechamento da família em si mesma, uma valorização do mundo privado e o estabelecimento de normas morais que passam a reger os núcleos familiares (Filho, 2001).

Com isso, também se transformam os papéis atribuídos às mulheres e aos homens, onde o sexo feminino passa a ser responsável pelo lar, enquanto o sexo masculino torna-se responsável pelo provimento da casa, sendo reconhecido com o chefe da família (Biroli, 2014). Cabe a observação que a noção de família moderna associa-se intrinsecamente ao papel social de gênero atribuído à mulher, que reverbera até os dias atuais.

A domesticidade, feminilidade e a dedicação ao lar e aos filhos por meio do cuidado, fez com que as mulheres restringissem suas experiências e competências ao longo de décadas, a medida em que as mesmas ganharam a atribuição de um trabalho considerado improdutivo, o trabalho doméstico não remunerado (Biroli, 2014).

Cabe destacar que, este ideal de família moderna, torna-se a idealização da família burguesa, visto que, quando analisados sob as perspectivas sociais de raça e classe as mesmas concepções não conseguiam ser aplicadas, diante das diferentes realidades sociais.

À exemplo da classe, destaca-se que, diferentemente da estruturação burguesa, o trabalho produtivo não pode deter-se apenas ao sexo masculino, em razão da necessidade de sobrevivência do núcleo familiar. Conforme Sarti (2011) às mulheres de núcleos familiares vulneráveis também precisavam auxiliar na composição de renda.

Outro fato marcante, que distingue a construção da família nuclear ideal e dos papéis de gênero em decorrência da raça e classe, trata-se da escravidão nos países colonizados. As mulheres e homens negros escravizados, não podiam ocupar o espaço social de “donas de casa” e “chefes de família”, já que viviam sob mecanismos de exploração e violência (Biroli, 2014).

O homem provedor de um lado, e a dona de casa, de outro, são personagens que têm classe social, posição nas relações de trabalho e cor bem definida. A família ideal, que serviu e em certa medida continua a servir como referência para julgar distorções e desvios, e definir políticas públicas, sempre foi uma quimera para a maior parte da população (Biroli, 2014, p.16).

Ainda assim, temos que a concepção da família nuclear burguesa que nasce a partir deste contexto histórico, torna-se a referência deste grupo social, instituindo uma espécie de régua daquilo que seria “normal” e/ou adequado. Para Prado (2011) essa visão da família nuclear perpetua-se em livros escolares, em obras cinematográficas e televisão, mesmo que, em nossos contextos pessoais, vivamos em distintas organizações familiares.

A mesma instituiu parâmetros morais e normativos para os grupos familiares, mesmo nunca tendo sido um arranjo expressivo no mundo moderno. Biroli aponta que (2014, p.22) “a diversidade de arranjos na vida doméstica, em seus aspectos afetivos e materiais, foi uma realidade no mundo moderno e continuaria a ser uma realidade no mundo contemporâneo”.

Todavia, é na contemporaneidade que outros arranjos familiares passam a ser debatidos e também tornam-se mais evidentes, em razão de diversos avanços e transformações culturais, sociais, políticas e econômicas que se sucederam.

Uma destas, que pode ser destacada refere-se a inclusão da mulher no mercado de trabalho, derivada da necessidade econômica por mão-de-obra, bem como pela conquista de direitos, que alterou as dinâmicas familiares (Biroli, 2014). A partir deste fenômeno, houve a possibilidade de uma maior autonomia reprodutiva, o aumento da renda familiar, a construção de diferentes formas de socialização e cuidados voltados para as crianças etc.

Caputi (2012, p.3) destaca outras influências para as transformações familiares na contemporaneidade:

Assim, apontamos os seguintes indicadores que influenciaram e influenciam nas mudanças da dinâmica da instituição família na contemporaneidade: a superação da sexualidade voltada somente para a reprodução; o advento das pílulas anticonceptivas; a inserção da mulher no mercado de trabalho e neste contexto também o aumento da participação da mulher na renda familiar; diminuição de casamentos religiosos; aumento da união consensual e aumento de divórcios ou separações legais; aumento significativo de mulheres chefes de famílias; surgimento de famílias monoparentais; criação de creches para as crianças; aumento da expectativa de vida; proteção social garantida em leis; planejamento familiar entre tantos outros fatores

que alteram as relações familiares inclusive reduzem o número de filhos e passa-se a existir outros arranjos ou composições familiares.

Essas novas configurações múltiplas passam a coexistir e ganhar novos significados nos dias atuais. Algumas das famílias que podem ser citadas são as extensas, homoafetivas, adotivas, monoparentais, mosaicos (pluriparentais), fraternas etc, sendo que cada uma delas possui uma organização própria (Caputi, 2012).

As famílias monoparentais, por exemplo, são caracterizadas pela presença de um dos genitores com os (as) filhos (as), que encontram-se na fase na infância e/ou adolescência. Conforme Vitale (2002) a monoparentalidade reflete uma configuração familiar crescente, que tem se associado diretamente com questões de gênero e pobreza.

Dessa forma, através do crescimento de famílias monoparentais também são reforçados os laços intergeracionais e as redes de apoio, que não resumem-se às fronteiras do lar. Em decorrência da fragilidade e/ou necessidade de recomposição familiar se estabelecem sistemas de troca de ajuda mútua entre pessoas que não vivem em uma mesma residência (Vitale, 2002).

Neste contexto, outro caso a ser mencionado, onde as relações intergeracionais também se fazem presentes, tratam-se das famílias extensas, onde diferentes gerações com distintos graus de parentesco convivem em uma unidade familiar, compartilhando responsabilidades afetivas, educacionais e/ou materiais. Caputi destaca que (2012, p.3):

Atualmente, é comum encontrarmos famílias extensas, considerando que avós exercem sozinha a responsabilidade por seus netos e filhos, devido a ausência dos pais ou ainda por questões econômicas as gerações vivem juntas para contemplar as necessidades materiais.

O fato é que, atualmente, entende-se que não existe apenas uma forma de família, mas sim, diferentes famílias, que organizam-se sob suas próprias configurações e possibilidades. Apesar de vivermos à sombra dos ideais morais da família nuclear burguesa, é inegável o crescimento dos diversos arranjos familiares, que na contramão da idealização, organizam-se de acordo com suas próprias realidades existenciais. Para Oliveira (2009, p.78):

É preciso, sobretudo, considerar as experiências vividas por cada família, sendo que um modelo específico não deve se sobrepor a outro. Não podemos buscar o enquadramento da família a determinado modelo familiar ou mesmo a condenação dos integrantes de uma configuração familiar diferenciada.

No que concerne às funções das famílias ao longo das décadas, deve-se compreender a diferenciação entre as expectativas sociais e as atribuições possíveis dos núcleos familiares. Não obstante, tem-se que essa organização social possui uma série de funções atribuídas a si, que vão desde a identificação social até a subsistência econômica (Prado, 2011).

A socialização dos sujeitos é um fator de grande importância atribuído aos arranjos familiares, já que, a mesma caracteriza-se como o primeiro grupo social em que somos inseridos, sendo o espaço onde construímos nossos hábitos, costumes e valores. Comumente, é através deste grupo que moldamos nossas primeiras relações com os indivíduos e com o mundo (Prado, 2011).

Independentemente das múltiplas maneiras de se organizar, de se constituir enquanto família, ela possui um papel de socialização importante e primordial na vida das pessoas. Entendê-la, como espaço de construção da iniciação dos afetos e de todo aprendizado que esses afetos podem trazer a seus componentes, é ímpar na sociedade. Essas construções rebaterão na construção dos sujeitos históricos da sociedade (Oliveira, 2009, p.83).

Contudo, ressalta-se que essa socialização também é responsável pela manutenção de determinados discursos e papéis ao longo das gerações, como é o caso da educação diferenciada conforme o sexo, fato atenuador nas desigualdades entre homens e mulheres ao longo de suas existências, inclusive na vida doméstica (Prado, 2011).

Assim como, a socialização e convívio podem apresentar outros traços negativos de conflitos e/ou violências, que por vezes são ocultos na dinâmica privada dos lares. Atualmente, a violência cometida entre pessoas com relações familiares estabelecidas (seja esta ocorrida no espaço doméstico ou não) se configura como violência intrafamiliar (Moreira; Sousa, 2012).

Tal forma de violência refere-se a um fenômeno complexo, considerando as dinâmicas de poder/afeto e subordinação/dominação que geralmente compõem as relações familiares. Estes fatores tornam difícil pontuar uma causa única em relação às ocorrências deste gênero (Moreira; Sousa, 2012).

As vulnerabilidades atribuídas pelo gênero, pelas relações intergeracionais e/ou em decorrência de fatores vinculados à saúde física ou mental, estabelecem um grupo mais fragilizado e propenso a ser impactado por essa violência, que tratam-se das mulheres, crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência. Como cita Prado (2011, p. 19):

A família, como toda instituição social, apresenta aspectos positivos, como núcleo afetivo, de apoio e solidariedade. No entanto, expõe, ao lado desses aspectos, outros negativos, como a imposição normativa por meio de leis, usos e costumes, que implicam formas e finalidades rígidas. Torna-se, muitas vezes, elemento de coação social, geradora de conflitos e ambiguidades.

A complexidade da família, que caminha entre a afetividade, conflitos e vulnerabilidades, também se dá em relação ao Estado. Diversos discursos visam naturalizar tal organização como a principal responsável pela proteção de seus membros, desconsiderando o impacto vivenciado pelas mesmas enquanto uma instituição social.

Para o Estado, o discurso de que a família deve ser o agente principal de caráter protetivo demonstra benefícios, onde este é desresponsabilizado pelas necessidades deste grupo. A partir disso, suas ações passam a ser interventivas e transitórias, apenas quando as instâncias da família e mercado não conseguem trazer resolutividade às problemáticas (Souza, 2018).

O “fracasso” do núcleo familiar é encarado como responsabilidade dele mesmo, eximindo a necessidade do poder público em atender as demandas à partir de políticas públicas eficientes e da garantia de direitos sociais. Mioto aponta que (2010, p.170):

O fracasso das famílias é entendido como resultado da incapacidade de gerirem e otimizarem seus recursos, de desenvolverem adequadas estratégias de sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos e estilos de vida, de se articularem em redes de solidariedade e também de serem incapazes de se capacitarem para cumprir com as obrigações familiares.

Tal prática, conhecida como familismo, apresenta-se como um traço da proteção social brasileira, que não só retira a responsabilização estatal na construção de políticas efetivas, como também gera a culpabilização destes núcleos familiares. Em especial as mulheres são afetadas por esta dinâmica, já que

representam o centro familiar, responsáveis pelas demandas não só na vida cotidiana, como também dentro das políticas (Souza, 2018).

Mioto (2010) debate que esta perspectiva ocasiona um retrocesso na cidadania social. Em contrapartida, quando o Estado assume a efetividade dos direitos sociais universais, garante-se a proteção social aos sujeitos, sem que a família seja sobrecarregada por processos de cuidado e acesso de seus membros, fenômeno denominado de desfamiliarização.

Un sistema familiarista —que tampoco significa «pro familia»— es aquel en el que la política pública presupone —en realidad exige— que las unidades familiares carguen con la responsabilidad principal del bienestar de sus miembros. Un régimen «desfamiliarizador» es aquel que trata de descargar a la familia y de reducir la dependencia del bienestar de los individuos del parentesco (Esping-Andersen, 2000, p.74).

A desfamiliarização compõe uma proposta protetiva de Estado, a qual estabelece que, para que o núcleo familiar possa oferecer suporte e cuidado aos seus membros, ele precisa estar amparado por meio de políticas públicas (Mioto, 2004). Com isso, a família é reconhecida como um ente social atravessado por condições objetivas que marcam suas vivências e trajetórias, sendo então, diretamente impactada pelas desigualdades.

O reconhecimento, por parte do aparato estatal, das expressões da questão social que incidem sobre este grupo tornam-se condição essencial para que a proteção social se efetive como um sistema capaz garantir direitos básicos à população, especialmente àqueles em situação de vulnerabilidade ou risco. Porém, no cenário brasileiro contemporâneo, como já pontuado, verifica-se um esvaziamento da compreensão da proteção social às famílias, que enfrentam um processo de culpabilização contínuo.

Essa conjuntura se agrava com o avanço do ideário neoliberal e com a retomada de concepções tradicionais de cuidado que atribuem à unidade doméstica a responsabilidade quase exclusiva pelo bem-estar de seus membros (Duarte, 2019).

Em suma, compreende-se que a família, seja em suas concepções ou na prática cotidiana, trata-se de uma categoria de múltiplas complexidades, tanto em torno de si mesma, como em suas relações com a sociedade e o Estado, através das políticas públicas. Ainda, evidenciou-se que a mesma é uma instituição social

transformada ao longo da história, sendo que, nos dias atuais seus arranjos e funções são diversos.

As relações de conflito e/ou afeto, o compartilhamento de responsabilidades e cuidado, a construção de identidades, a socialização e a convivência no cotidiano, caracterizam-se como elementos presentes na instituição familiar, que se adaptam à realidade vivenciada por cada núcleo.

Ademais, destaca-se que discutir acerca da família, tanto no âmbito das políticas públicas quanto no contexto do cuidado torna-se um processo essencial para compreender as dinâmicas envoltas entre este grupo social, os sujeitos em sofrimento psíquico, o cuidado e a rede de serviços, aspecto abordado no subtópico abaixo.

2.1.1 Implicações no cuidado em saúde mental

As vivências e experiências dos núcleos familiares, conforme discutido acima, estão repletas de complexidades, possuindo muitas formas e contornos em sua organização e relações. Neste sentido, torna-se inegável dizer que a presença da família (ou não) na vida dos sujeitos tem um impacto importante, principalmente em momentos de crise e mudança.

Esses períodos vivenciados na trajetória familiar, envolvem o enfrentamento do desemprego por um dos membros, o nascimento ou perda de um familiar, o divórcio ou ainda a descoberta e convivência com uma questão de saúde física ou mental (Sousa *et al*, 2022).

O sofrimento psíquico compõem uma realidade experienciada pelos núcleos familiares, o qual pode acarretar problemáticas de cunho emocional, relacional e/ou financeiro, em razão do convívio, envolvimento ou cuidado a ser destinado ao indivíduo.

Dessa forma, torna-se comum que, os grupos familiares que convivem com o adoecimento mental de um de seus membros enfrentem uma série de sobrecargas, sentimentos conflitantes e dificuldades nas dinâmicas e adaptações que se fazem presentes e necessárias em suas vidas e rotinas (Soares; Munari, 2007).

A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008, p.589).

Aquele que ocupa o papel de cuidador, assume responsabilidade frente ao cuidado, tendo sua vida significativamente transformada junto ao sujeito que encontra-se em sofrimento mental. Soares e Munari (2007) discorrem acerca da sobrecarga destes sujeitos, que trata-se de uma sobrecarga multidimensional, pois envolve uma série de fatores.

Subjetivamente o cuidador pode se ver diante do estresse e frustração devido a uma série de fatores. À exemplo, a confusão em relação ao diagnóstico dado ao seu familiar, a dificuldade de compreensão no manejo de crises e outros comportamentos, ou ainda a vivência de processos de esgotamento mental e físico devido ao papel do cuidado atribuído a si (Soares; Munari, 2007).

A sobrecarga objetiva, por sua vez, decorre das demandas materiais envolvidas no cuidado, incluindo a sobrecarga econômica (Soares; Munari, 2007). Por vezes, a pessoa em sofrimento psíquico não consegue manter seus vínculos empregatícios, e a depender do tempo depreendido ao cuidado, o membro de sua família também não.

Nesse contexto, a instabilidade econômica tende a agravar não apenas as condições materiais da família, mas também suas dinâmicas relacionais e emocionais. A redução da renda, somada ao aumento das despesas, produz um cenário de vulnerabilidade que pode repercutir diretamente na qualidade de vida do núcleo familiar (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

[...] salientamos que muitas famílias vivem em situação econômica desfavorável, o que em parte as torna mais vulneráveis. Quando se trata da família que coexiste com o sofrimento mental, essa vulnerabilidade é intensificada e a dificuldade financeira agravada, pois a família vivencia um processo complexo, que exige uma nova estrutura nas relações de trabalho, nas inter-relações e no orçamento familiar (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008, p. 592).

Apesar destas limitações e desafios, destaca-se que a família inserida nesse processo, possui um papel fundamental no cuidado diário, sendo imprescindível reconhecer esta importância para construção de laços afetivos e redes de apoio.

São estes laços e redes que oportunizam o amparo e solidariedade ao sujeito em sofrimento mental.

O cuidado das pessoas em adoecimento mental mediante inserção na família e na comunidade nem sempre foi o viés adotado no processo terapêutico destes. Anteriormente à Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, tínhamos que o tratamento ofertado em saúde mental ocorria por meio das instituições manicomiais. As mesmas isolavam os usuários, restringindo, por vezes, as visitas da família (Sousa *et al*, 2022).

Durante anos, os familiares foram afastados do cuidado de indivíduos com alguma condição em saúde mental, pois esse cuidado era direcionado aos hospitais psiquiátricos, onde a pessoa era afastada da família e da sociedade. A partir da reforma psiquiátrica, a família pôde começar a ajudar a cuidar dessa pessoa (Sousa *et al*, 2022, p.60).

Com as mudanças advindas deste movimento, temos que o núcleo familiar passa a ocupar um novo lugar na relação com o usuário, principalmente após o processo de desinstitucionalização, onde o tratamento ofertado em saúde mental visava à liberdade, autonomia e a cidadania (Santin; Klafke, 2011).

Por meio do desenvolvimento dos serviços substitutivos, tem-se a noção da importância do convívio familiar e comunitário no processo de tratamento dos sujeitos, considerando que, esta deve ser fomentada pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como um mecanismo para acolher o sujeito em sua totalidade (Santin; Klafke, 2011).

Conforme Sei e Santiago (2019) o reconhecimento dos laços familiares no processo de reabilitação psicossocial fora do contexto manicomial, torna-se mais evidente no texto jurídico da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. A priorização pela recuperação através da inserção da família e na comunidade, torna-se um direito da pessoa em sofrimento mental.

Ainda, a participação desta instituição social na política de saúde mental e atenção psicossocial, a fim de promover coletivamente o cuidado humanizado em liberdade, faz-se presente no artigo 3 da mesma legislação, como destacado abaixo (Brasil, 2001).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade

e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Neste contexto, a inclusão da família passa a compor uma realidade a ser debatida pelos serviços substitutivos, à medida que, entende-se o sofrimento psíquico enquanto um fator que impacta não só o sujeito que o vivencia, mas aqueles que estão ao seu redor.

Mais do que um simples acompanhante, o núcleo familiar precisa ser reconhecido como parte integrante dos serviços, ocupando um lugar ativo no processo terapêutico. Assim, o mesmo deixaria de atuar apenas como informante da equipe e passa a participar de forma efetiva da construção do cuidado.

Para que isso se efetive, torna-se fundamental que os equipamentos ampliem seu foco de intervenção, incorporando ações que também atendam às demandas e experiências familiares.

Santin e Klafke (2011) ressaltam que o acolhimento ofertado não deve se restringir ao usuário de forma isolada, mas precisa contemplar ações e atividades direcionadas ao núcleo familiar como um todo, uma vez que este também influencia diretamente a qualidade de vida e a saúde mental de seus membros.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008) destacam complementarmente, que a promoção de atividades e ações voltadas para os núcleos familiares auxiliam no processo de tratamento dos usuários vinculados aos serviços, bem como promovem o apoio ao cuidador, auxiliando na minimização das vivências de sobrecarga.

No atual contexto da assistência psiquiátrica, a família como espaço privilegiado para a prática do cuidado, precisa ser inserida de forma efetiva nas discussões do novo paradigma de assistência em saúde mental, vista como uma facilitadora no processo de reinserção social do portador de transtorno mental. Mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008, p. 593).

Tais ações e atividades podem ter objetivos diferentes, como à exemplo da instrumentalização dos cuidadores, que visa possibilitar um maior entendimento da família acerca dos comportamentos, sintomas, diagnósticos ou uso de psicofármacos. A mesma pode ocorrer por meio de diversas vias, como orientações individuais, espaços em grupo ou visitas domiciliares (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

O incentivo à melhor compreensão, por parte das famílias, acerca do sofrimento mental e das questões que o envolve pode tornar menos complexa a realidade tanto do núcleo familiar quanto do indivíduo em sofrimento. Isso porque, quando os membros da família dispõem de informações mais concretas e esclarecedoras sobre a situação vivenciada, tornam-se mais capazes de compreender e manejar esse contexto.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 593) apontam que a família, que experimenta esta realidade, “deve sentir-se segura e capaz de agir de maneira adequada em relação aos sintomas apresentados pelo portador de sofrimento psíquico”.

Outro objetivo que pode ser fomentado pelos serviços substitutivos, trata-se do acolhimento dos núcleos familiares, que se dá pelo desenvolvimento de espaços de escuta e compartilhamento, onde o familiar pode relatar suas alegrias, angústias e medos. A vivência do adoecimento mental torna-se compartilhado por todos que convivem juntos, fazendo-se essencial o cuidado para quem cuida (Soares; Munari, 2007).

Então, é importante acolher o sofrimento do cuidador e minimizar sua sobrecarga emocional por meio da oferta de espaços acolhedores e facilitadores de ações e de troca de experiências entre os próprios cuidadores, para compartilhar dúvidas, angústias e alegrias em um movimento de proximidade com o tratamento e em direção à autonomia dos pacientes e à diminuição do sofrimento das famílias (Soares; Munari, 2007, p.361).

Santin e Klafke (2011) relatam acerca das experiências em grupo dos quais as famílias participam, caracterizando estes espaços como possibilitadores de trocas de experiências entre cuidadores, o que amplia a capacidade de lidar com suas vivências individuais e cotidianas.

Além disso, essas intervenções podem favorecer o protagonismo dos familiares vinculados aos serviços substitutivos, à medida que o suporte emocional e psicossocial também se estende a eles por meio de momentos de diálogo organizados pela equipe multiprofissional.

Dessa forma, entende-se que a rede de serviços em saúde mental, necessita desenvolver um olhar atento não só ao sujeito, mas também ao seu núcleo familiar. A família quando compreendida como parte deste processo, sendo

também acolhida, tem um maior potencial de acolher o outro, que encontra-se em sofrimento.

Esta não deve ser responsabilizada pelo cuidado integral dos sujeitos, visto que, a falta de apoio qualificado intensifica as vulnerabilidades vivenciadas pela mesma. Porém, torna-se fundamental o incentivo para o envolvimento desta no tratamento, a fim de potencializar a rede de apoio dos usuários dos serviços substitutivos.

O vínculo entre os serviços substitutivos e o núcleo familiar, através do fortalecimento de relações de participação, apoio e orientação, ainda que pareça um grande desafio, pode construir pontes mais consolidadas no cuidado compartilhado e no acolhimento do sofrimento mental.

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada (Santin; Klafke, 2011, p.155).

Por fim, reitera-se que a família tem indissociabilidade na discussão da saúde mental, enquanto um fator subjetivo vivenciado pelos sujeitos sociais, ou no campo das políticas públicas, visto que a mesma representa um grupo de convívio, tendo o potencial, de ser um espaço de acolhida e cuidado. Para tanto, a mesma também precisa ser acolhida, ouvida e compreendida pela rede de serviços existente.

A partir disso, a família torna-se potencializadora do processo terapêutico, atuando como cuidadora, convivente e participante ativa nas relações estabelecidas entre o usuário e a rede, fato que reforça a necessidade do olhar atento a este grupo na saúde mental.

A fim de compreender o perfil dos núcleos familiares participantes desta pesquisa, o próximo subitem, aborda acerca da pesquisa de campo desenvolvida junto ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III) de Ponta Grossa - PR, delimitando as principais características socioeconômicas coletadas com os entrevistados.

2.2 PESQUISA DE CAMPO

O processo de pesquisa em campo deu-se pela aproximação sucessiva com os equipamentos pertencentes ao universo de pesquisa, ou seja, com o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e o Centro de Atenção Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) do município de Ponta Grossa, Paraná.

Para tanto, através de visitas institucionais e reuniões buscou-se realizar a apresentação da pesquisa (APÊNDICE C), bem como alinhar às expectativas e orientações para a melhor execução da coleta de dados. Com isso, optou-se pela abordagem qualitativa espontânea dos familiares que frequentavam ambos os equipamentos, a fim de possibilitar uma maior adequação à disponibilidade do público-alvo.

Ou seja, a entrevista semiestruturada foi realizada nos próprios serviços. Assim, a fim de estabelecer um diálogo confortável e sigiloso, solicitou-se aos espaços um local privado para realização das mesmas, bem como no início de cada abordagem destacava-se o papel de pesquisadora externa, sem relação com o processo de acompanhamento nos CAPS.

Tais abordagens ocorriam durante o período de funcionamento dos serviços, onde dialogavam-se com as famílias à medida que estavam no local, fosse para o acompanhamento em grupos, consultas, atendimentos e/ou outras atividades. Neste momento, frisava-se a proposta de estudo e realizava-se o convite para participação voluntária no mesmo.

Caso houvesse o aceite da participação, conduzia-se o participante para o local disponibilizado pelo equipamento, neste momento, realizava-se a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual também era disponibilizado ao familiar, a fim de sanar dúvidas posteriores. Em seguida, solicitava-se a possibilidade de gravação, que era iniciada após a confirmação de aceite.

Os critérios de inclusão e exclusão foram previamente definidos no projeto de pesquisa. Para participação no estudo, delimitou-se a residência na cidade de Ponta Grossa-PR, a idade igual ou superior a 18 anos e o vínculo familiar com o sujeito atendido, bem como a disponibilidade para realização da entrevista no equipamento.

Já enquanto critérios de exclusão, definiu-se a impossibilidade do familiar participar da pesquisa, por contextos próprios, como a residência fora do município pontagrossense, ou ainda, se o mesmo também realiza tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Um critério de exclusão estabelecido no decorrer do processo de coleta de dados, refere-se ao tempo de vínculo com o serviço. Dessa forma, considerou-se adequado não realizar entrevistas com núcleos familiares que estavam nos primeiros procedimentos para acolhimento (ou reacolhimento) nos equipamentos, tendo em vista que uma parte dos questionamentos diziam respeito à experiência dos familiares no CAPS.

O primeiro contato deu-se com o Centro de Atenção Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III), onde foi dialogado com 13 familiares ao longo de duas semanas. Em sequência, fez-se a coleta no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), onde alcançou-se 16 participantes, ao longo de uma semana.

A disparidade entre o número de familiares de ambos os equipamentos pode ser observada durante a própria rotina dos mesmos, o que refletiu no tempo e no número de entrevistados nos locais. Enquanto, no CAPS AD III havia um volume menor de pessoas acompanhadas, no CAPS II a presença de familiares pode ser observada com maior frequência.

Uma hipótese central para compreender essa diferença, refere-se ao próprio público distinto desses espaços. O CAPS AD III, trata-se de uma modalidade de serviço substitutivo que atende demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras substâncias, o que pode ocasionar uma maior fragilidade nos vínculos familiares, ou até o rompimento, visto que há dificuldade no entendimento da dependência química.

A vivência do sujeito em dependência química faz com que se estabeleçam relações com os serviços em menor constância e adesão a longo prazo, o que torna comum que o tratamento seja descontinuado muitas vezes, principalmente em momentos de recaída, fato que também pode prejudicar no acompanhamento dos próprios familiares.

Não obstante, compreende-se que o fenômeno pode ser derivado por uma série de fatores, que vão desde motivações externas, como é o caso da relação família X dependência química, até questões que envolvem o perfil das famílias no

tempo investigado, a rotina institucional e as atividades propostas, o número de pacientes atendidos etc.

A duração das entrevistas foi extremamente variada, sendo que adaptou-se ao tempo disponibilizado pelos familiares. A duração mínima observada chega próximo aos 15 minutos, enquanto, a duração máxima atinge aproximadamente 40 minutos.

No que refere-se à delimitação da amostra, destaca-se que ela foi definida a partir das experiências de investigação nos equipamentos, à medida que as entrevistas eram realizadas, o conteúdo era analisado em comparação com os demais, buscando identificar a recorrência e/ou o surgimento de novos temas ao longo das conversas.

Ainda, ressalta-se que se priorizou a coerência metodológica própria da pesquisa qualitativa, a qual não se orienta pelo número de participantes, mas pela qualidade e profundidade dos discursos e diálogos que foram coletados e analisados.

Para delimitação do perfil dos participantes e construção dos relatos das vivências, dividiu-se o roteiro da entrevista semiestruturada em duas partes, sendo que a primeira tratava de questões objetivas, como o parentesco com o usuário, a raça/cor, idade, estado civil, habitação, renda familiar, trabalho, escolaridade etc. Já a segunda parte, visava compreender a experiência do entrevistado, em relação ao tratamento oferecido pelo CAPS, bem como os desafios decorrentes do convívio com o sofrimento mental.

Neste sentido, o subtópico a seguir busca abordar acerca do perfil dos familiares, utilizando-se das informações coletadas na primeira parte da entrevista, as quais foram sistematizadas a partir de uma planilha eletrônica. Também delimitou-se o tempo de acompanhamento do núcleo familiar no serviço, a fim de estabelecer o tempo de vínculo com o mesmo.

Ademais, cabe ressaltar que a identificação dos participantes, visando preservar suas identidades como indica a ética na pesquisa, ocorreu através de codificações nos capítulos à seguir. Com isso, utilizou-se a ordem das entrevistas, bem como o equipamento dos quais faziam parte. Sendo assim, os primeiros entrevistados foram definidos como “Familiar AD - 01” e “Familiar II - 01” e assim sucessivamente.

2.2.1 O perfil das famílias participantes da pesquisa

Conforme anteriormente destacado, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III) de Ponta Grossa, referem-se aos espaços onde ocorreram a coleta de dados com os participantes da pesquisa.

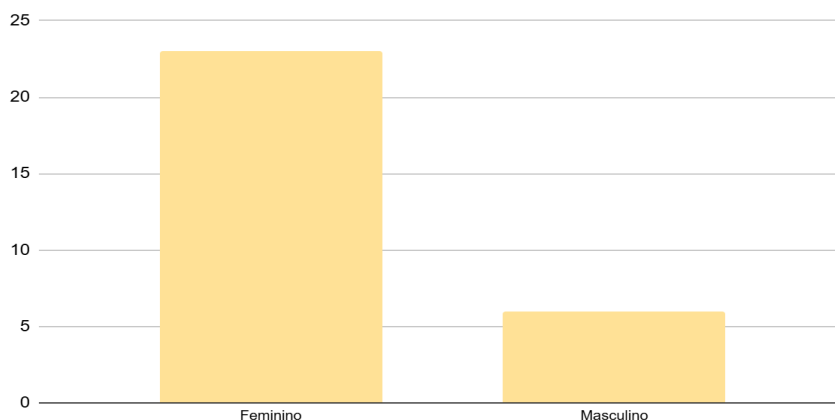
Dessa forma, também buscou-se junto às equipes multiprofissionais o número de usuários ativos nos equipamentos, a fim de compreender o fluxo de famílias possíveis nestes locais. No CAPS II, têm-se que no mês de novembro de 2025 haviam 398 usuários ativos, enquanto no CAPS AD III, a informação fornecida de dezembro é que haviam 407 pessoas em tratamento.

A partir destes dados, pode-se observar similaridade entre o número de usuários nos pontos de atenção, o que consequentemente também fornece uma indicação de quantas famílias vivenciam a dinâmica do sofrimento mental junto aos serviços substitutivos.

Neste estudo, o número de famílias entrevistadas divergiu entre os CAPS II e CAPS AD III. Enquanto no primeiro foram realizadas 16 entrevistas, no segundo houveram 13 famílias participantes, ou seja, ao todo foram dialogados com 29 familiares.

Como primeira consideração do perfil dos participantes, destaca-se que a grande maioria eram do sexo feminino, representando 79,3% das entrevistas. Já, os entrevistados do sexo masculino foram apenas seis, o que representa aproximadamente 20,7% do público participante.

GRÁFICO 02 - Quantitativo dos entrevistados segundo o Sexo



Fonte: A autora.

Este dado pode ser apoiado pela identificação do parentesco dos familiares, visto que a grande maioria tratavam-se de mães, que no total, compõem 12 das 29 entrevistadas, em sua maior parte do CAPS AD III. Em contrapartida, o número de pais que acompanham são apenas três. O quadro abaixo organiza os entrevistados conforme o grau de parentesco (Quadro 04):

QUADRO 04 - Entrevistados segundo o Parentesco

PARENTESCO	CAPS AD III	CAPS II	TOTAL
Cônjuge	2	5	7
Filho/a	0	1	1
Tio/tia	1	0	1
Mãe	8	4	12
Pai	1	2	3
Avô/Avó	0	1	1
Outro	1 (Irmão)	3 (Neta, Padrasto, Irmão)	4

Fonte: A autora.

Em segundo lugar, tem-se o acompanhamento por parte dos cônjuges, onde destaca-se que dos sete participantes, todas eram do sexo feminino, não havendo nenhum homem acompanhando sua parceira no processo de tratamento em saúde mental. Ainda, surgiram outros graus de parentesco representados por figuras femininas, como uma avó, uma tia, uma filha e uma neta.

Portanto, compreende-se que a questão de gênero na família, perpassa o ideal de responsabilidade feminina pelo cuidado, tanto de seu lar, como das pessoas que nele vivem. Tal construção de papéis de gênero, que são socialmente e culturalmente moldados, constroem a feminização do cuidado, formando uma carga de trabalho invisível e não remunerada (Renk; Buziquia; Bordini, 2022).

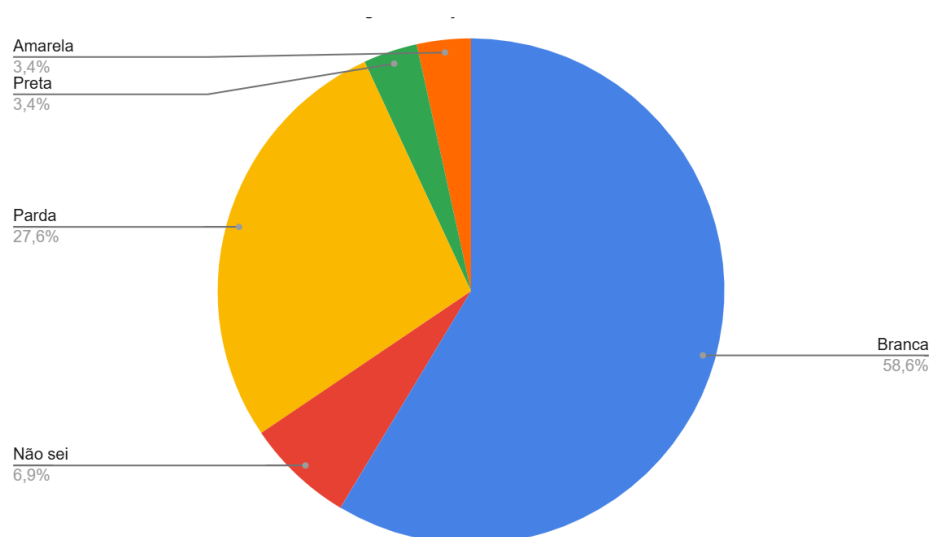
Por isso, torna-se mais comum ver mulheres ocupando o papel de cuidadora para o membro de sua família que encontra-se em sofrimento mental. O depoimento das mães e esposas, demonstram que o cuidado estende-se desde o acompanhamento em atividades diárias até o acolhimento em situações de crise extrema.

Há uma predominância das mulheres no cuidado dos filhos e quando na vida adulta ou idosa cuidam dos pais e maridos, mostrando naturalização e resignação com este papel social. Há uma dissimetria na execução dos cuidados em ambiente doméstico, cabendo às mulheres a responsabilidade na execução da parte mais intensa do cuidado, enquanto outros familiares auxiliam apenas eventualmente (Renk; Buziquia; Bordini, 2022, p.421).

Conforme indicado pelos dados, são majoritariamente as mães, esposas, avós, filhas e netas que cuidam e carregam a sobrecarga subjetiva e objetiva do adoecimento mental.

No que concerne à raça e cor, observa-se que 17 dos entrevistados identificam-se como sendo “brancos”, seguido das pessoas “pardas” que são oito dos participantes. Ainda, destaca-se que nenhum dos entrevistados identificou-se como “indígena”.

GRÁFICO 03 - Quantitativo dos entrevistados segunda a Raça/Cor



Fonte: A autora.

Ademais, também fez-se a colocação da categoria “não sei” para os participantes que possuíam dificuldades na autodeclaração, onde dois dos participantes optaram por responder. No diálogo com os entrevistados, esta problemática pode ser observada, o que pode ocasionar um desafio na construção de perfis socioeconômicos em saúde mental no município de Ponta Grossa-PR.

A idade dos participantes de pesquisa foi bastante variada, sendo assim, utilizou-se da construção de faixas etárias que dividiram-se em cinco grupos. A faixa

etária com maior número de entrevistados foi a de 51 à 60 anos, com 15 participantes, sendo a mais expressiva em ambos equipamentos.

Já a faixa etária menos abrangente foi a de 31 a 40 anos, se somados os pontos de atenção. Ainda se observados separadamente, nota-se que no CAPS AD III não houve um grupo com idade entre 18 e 30 anos, e no CAPS II não houve entrevistados na segunda categoria de idade. Ademais, a menor idade identificada foi a de 19 anos, enquanto que a maior foi a de 77 anos, ambas mulheres.

Os dados em relação à idade seguem organizados no quadro abaixo (Quadro 05):

QUADRO 05 - Entrevistados segundo a Faixa Etária

FAIXA ETÁRIA	CAPS AD III	CAPS II	TOTAL
1. 18 a 30 anos	0	2	2
2. 31 a 40 anos	1	0	1
3. 41 a 50 anos	2	1	3
4. 51 a 65 anos	8	7	15
5. Mais de 65 anos	2	6	8

Fonte: A autora.

Tais informações indicam a predominância de pessoas de meia-idade ou pessoas idosas, que representam juntas 79,3% da população participante. Trata-se portanto de uma população envelhecida, o que pode impor desafios importantes à dinâmica do cuidado.

A sobrecarga vinculada às famílias dos usuários da saúde mental, refere-se a um tema discutido acima, considerando que, o sofrimento mental causa um impacto significativo para o membro familiar que adota o papel de cuidador (Soares; Munari, 2007). Quando considera-se que este cuidador vivencia o processo de envelhecimento, que conseqüentemente traz limitações físicas e/ou psicológicas, pode-se colocar sobre a pessoa uma dupla sobrecarga, onde torna-se necessário cuidar de si mesmo e cuidar do outro.

A inversão deste cuidado intergeracional pode apresentar-se como uma preocupação a longo prazo para estes indivíduos, principalmente em pais e mães envelhecidos que são o apoio de filhos adultos em sofrimento mental.

A categorização do perfil dos sujeitos incluiu, ainda, informações acerca do estado civil e número de filhos. Dos entrevistados, tem-se que 15 deles declararam-se como casados (as), seis em união estável, quatro como solteiros (as), três como divorciados (as) e um respondeu a opção “outro”. A alternativa “viúvo/a” não foi optada.

Em relação aos filhos, têm-se que apenas cinco das pessoas entrevistadas não declararam ter. Cabe destacar que, dada a relação entre a faixa etária dos participantes, a grande maioria dos entrevistados têm filhos que já se encontram na idade adulta.

Ou seja, a rede de apoio cotidiana para a figura do cuidador torna-se variável, podendo haver o compartilhamento de responsabilidades com outros entes, como cônjuges ou filhos, ou ainda, quando não é o caso, gerando um acúmulo de funções para o familiar.

Outro elemento abordado, que também indica a presença de redes de apoio, referiu-se à habitação dos participantes de pesquisa. Dessa forma, têm-se que 26 entrevistados residem na zona urbana, sendo que apenas três têm suas casas localizadas na zona rural de Ponta Grossa.

Dessas residências, também questionou-se acerca de serem próprias, alugadas ou cedidas. Para tanto, 24 das casas dos entrevistados são próprias, quatro cedidas e uma alugada. Já o número de moradores dessas residências, relatadas por casa entrevistado, encontram-se organizados no quadro abaixo (Quadro 06):

QUADRO 06 - Número de habitantes por residência dos entrevistados

NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NA CASA	NÚMERO DE PARTICIPANTES
2 moradores	7
3 moradores	13
4 moradores	7
5 moradores	1
8 moradores	1

Fonte: A autora.

Pelos dados expostos acima, nota-se que grande parte dos participantes residem em habitações com três a quatro moradores, sendo que foram entrevistados apenas dois participantes de núcleos familiares mais extensos. Ainda assim, estes dados representam as configurações distintas dos núcleos familiares na contemporaneidade.

Enquanto, existiam famílias que residiam com seu cônjuge e filho (a), nos moldes de uma família nuclear, também havia famílias diversas, sendo identificadas núcleos familiares monoparentais, extensos, mosaicos, adotivos e arranjos familiares com vínculos socioafetivos.

Em relação às moradias, frisa-se que, em quatro das situações, constatou-se que a pessoa em sofrimento mental não residia junto ao cuidador que o acompanhava no serviço, tendo sua moradia em casas separadas, estivessem estas no mesmo terreno ou não.

Em duas dessas situações, mães que acompanhavam mais de um filho relataram que um deles residia em sua casa, enquanto o outro possuía uma residência separada no mesmo terreno da família.

O fator relacionado à moradia do usuário, quando destacado pelos familiares, também alinhava-se ao discurso de autonomia ou a ausência desta no que diz respeito à vida social, laboral e à adesão ao tratamento de forma independente. Nesta última configuração citada, cada uma das mães acompanhava dois filhos no tratamento, uma no CAPS AD III e outra no CAPS II.

No que tange à moradias distintas em um mesmo lote, tem-se que 18 familiares destacaram não haver outras casas na localidade, enquanto 11 relataram que sim. Todas estas residências mencionadas, eram habitadas por outros membros da família extensa, ou ainda, como citado anteriormente, pelo próprio usuário dos equipamentos de saúde mental.

Na sequência da coleta de dados, identificou-se a ocupação ou atividade desempenhada pelo participante da pesquisa, a fim de compreender quais outras responsabilidades permeiam sua rotina diária.

A pergunta realizada foi feita de forma aberta, mas para melhor identificação do perfil socioeconômico e laboral foram criadas categorias, que encontram-se expostas no quadro abaixo (Quadro 07):

QUADRO 07 - Ocupação ou situação laboral dos entrevistados

TIPO DE OCUPAÇÃO	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Atividades não remuneradas/domésticas	15 *Do lar
Atividades remuneradas (formais ou informais)	9 <i>*1 Agricultor, 1 funcionária pública, 2 autônomos, 2 professores, 1 massoterapeuta e cuidadora, 1 faxineira e 1 trabalhador da coleta e seleção de material reciclável.</i>
Em situação de aposentadoria	3
Em situação de desemprego	1
Estudantes	1

Fonte: A autora.

A partir do quadro, observa-se que uma relevante parte das entrevistadas executa atividades não remuneradas e/ou domésticas, visto que 15 das mesmas declaram ser “do lar”. Este número encontra-se dividido de forma similar entre os equipamentos, sendo que no CAPS AD III havia oito pessoas que executam atividades não remuneradas/domésticas e no CAPS II existiam sete.

Posto isso, reforça-se novamente a questão de gênero na vida doméstica, que por vezes, pode dificultar com que a mulher exerça atividades remuneradas no mercado de trabalho, em decorrência da necessidade de exercer o cuidado. Renk, Buziquia e Bordini (2022, p.421) apontam que “as mulheres, com seu trabalho invisível, garantem que outros familiares possam trabalhar enquanto elas cuidam dos familiares doentes, idosos ou deficientes”.

A segunda categoria com maior número de participantes refere-se àqueles que encontram-se em atividades remuneradas, formais ou informais, nos mais diversos setores. Acerca disso, destaca-se que o envolvimento dos mesmos ao longo do processo de tratamento e atividades dos serviços pode ser comprometida, dada a carga horária e demandas do trabalho.

Em relação aos entrevistados que destacaram ser aposentados, terceira categoria mais abrangente, todos faziam parte do Centro de Atenção Psicossocial II. No entanto, considerando as questões anteriores vinculadas à idade e à atividade de cuidado exercida, observa-se que este número pode ser considerado baixo.

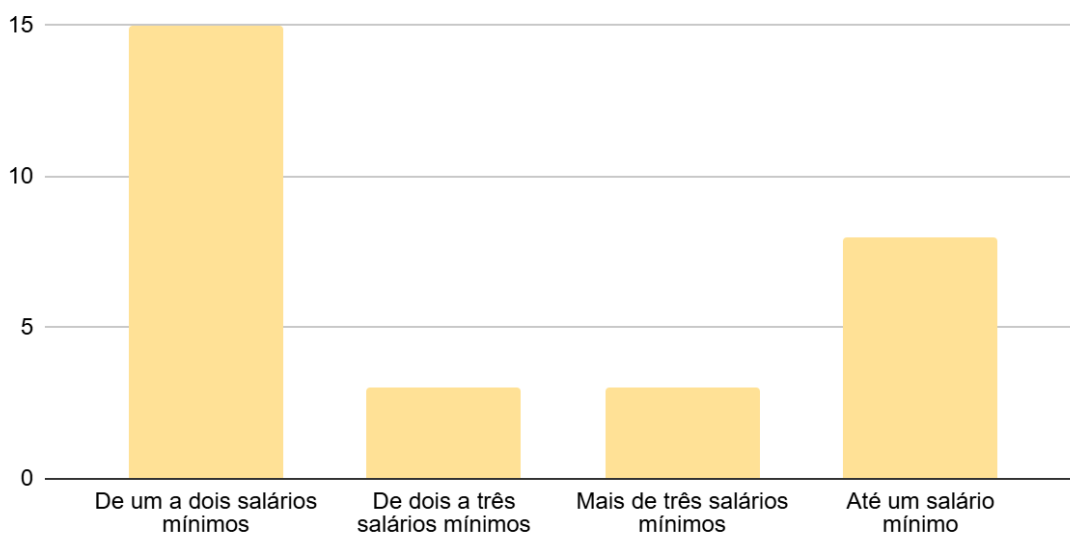
A renda também foi um dos fatores levantados para delimitação do perfil dos participantes. Para tanto, foi possível observar que a mesma advém de diversos locais distintos, como do trabalho remunerado do próprio entrevistado, da remuneração pela ocupação de outros membros da família, de aposentadorias e outros benefícios previdenciários (como o auxílio-doença) ou ainda de benefícios assistenciais, como é o caso do Programa Bolsa Família (PBF).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) ganha destaque nesta discussão, pois pode representar uma complementação ou possibilidade de renda para sobrevivência das famílias.

Este benefício garante um salário mínimo por mês às pessoas idosas ou com deficiência (física, mental, intelectual ou sensorial) que encontram-se em vulnerabilidade socioeconômica (Brasil, 1993). Em ambos equipamentos foi comentado acerca deste benefício como fonte de renda principal ou complementar do núcleo familiar.

Ademais, observa-se que as fontes de renda podem se complementar ou ainda serem únicas para o núcleo familiar. No que refere-se ao valor da renda propriamente dito, organizou-se o gráfico abaixo (Gráfico 04), com categorias baseadas no salário mínimo¹¹.

GRÁFICO 04 - Renda familiar dos entrevistados



Fonte: A autora.

¹¹ Considerou-se o salário mínimo do ano corrente (2025), que encontra-se no valor de R\$1.518,00 reais (Brasil, 2024f).

A partir do gráfico, torna-se possível compreender que a grande maioria das famílias entrevistadas possuem à renda entre um a dois salários mínimos, o que corresponderia ao valor máximo de 3.036 reais. Na sequência deste grupo, que conta com 15 dos participantes, tem-se que oito dos núcleos familiares sobrevivem com até um salário mínimo, valor menor ou igual a 1.518 reais.

As faixas de “dois a três salários mínimos” e “mais de três salários mínimos”, ainda que somadas, representam o menor número de entrevistados, compondo 20,6% da população participante.

Este fato, além de apontar uma vulnerabilidade socioeconômica nos grupos familiares entrevistados, demonstra a necessidade da articulação em rede por parte dos serviços substitutivos, que necessitam compreender outras demandas inerentes ao usuário e sua família, podendo assim realizar uma atuação intersetorial. Wanderley, Martinelli e Paz (2020, p.8) apontam que:

A intersetorialidade como estratégia de gestão pública democrática, para responder à setorização e à fragmentação, pressupõe decisão política, articulação entre os setores e complementaridade das ações, buscando um olhar para a totalidade das manifestações da questão social e dos cidadãos que demandam atendimento público.

No campo da política pública de saúde mental, a compreensão da intersetorialidade faz parte do sentido ético e operativo da mesma, visto que compreende-se as demais dimensões para além da clínica e estabelece as demandas de cada sujeito enquanto multidimensional.

Ou seja, reforça que a saúde mental não trata-se apenas da dimensão psiquiátrica, mas sim de contextos próprios de vida, que necessitam ser levados em consideração no atendimento público neste campo. Em relação às famílias vinculadas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), torna-se ainda mais essencial identificar tais demandas e necessidades, a fim de evitar múltiplas vivências de vulnerabilidade.

No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados, fez-se o desenvolvimento de oito categorias, que vão desde “sem escolaridade” até “pós-graduação”. Para sistematização, relacionou-se os anos de estudo respondidos pelos entrevistados, com os níveis de escolaridade estabelecidos, conforme organizado no quadro abaixo (Quadro 08):

QUADRO 08 - Escolaridade dos entrevistados

ESCOLARIDADE	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Sem escolaridade	1
Ensino fundamental incompleto	17
Ensino fundamental completo	2
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	4
Ensino superior incompleto	1
Ensino superior completo	2
Pós-graduação	1

Fonte: A autora.

A maior categoria tratou-se de pessoas com ensino fundamental incompleto. Neste sentido, deve-se considerar que o ensino fundamental completo envolve os anos iniciais (do 1º ao 5º ano) e finais (do 6º ao 9º ano) do ensino fundamental. Isto é, ainda que o entrevistado tenha finalizado o ensino fundamental I, considerou-se incompleto pela descontinuidade da próxima etapa.

Em sequência, tem-se as pessoas com ensino médio completo, mas que em comparação ao primeiro grupo, representam um número baixo de participantes. No que concerne ao acesso no ensino superior, o grupo de participantes também diminui, sendo que, ao todo, existem quatro pessoas que acessaram a graduação, onde uma ainda está em processo de formação.

Quando interligada à questão da escolaridade dos cuidadores em relação ao sofrimento psíquico, observa-se que os diferentes níveis de escolarização podem incidir diretamente sobre as formas de compreensão da condição de adoecimento, do tratamento e do próprio papel do cuidador no cotidiano, como no manejo de medicamentos.

Os níveis de escolaridade baixos podem vir a ampliar as dificuldades de acesso à informação qualificada, bem como a interlocução com os serviços substitutivos e demais políticas públicas, o que pode repercutir na adesão ao tratamento e na construção de estratégias de cuidado compartilhado.

Ademais, a escolaridade também se relaciona às condições de inserção no mercado de trabalho e à renda familiar, aspectos anteriormente destacados que

contribuem para a intensificação das vulnerabilidades sociais vivenciadas pelos familiares.

O mesmo questionamento acerca dos anos de estudo foi dialogado em relação ao usuário dos serviços substitutivos que eram acompanhados pelos familiares, a fim de compreender a possibilidade de continuidade nos estudos por parte dos mesmos.

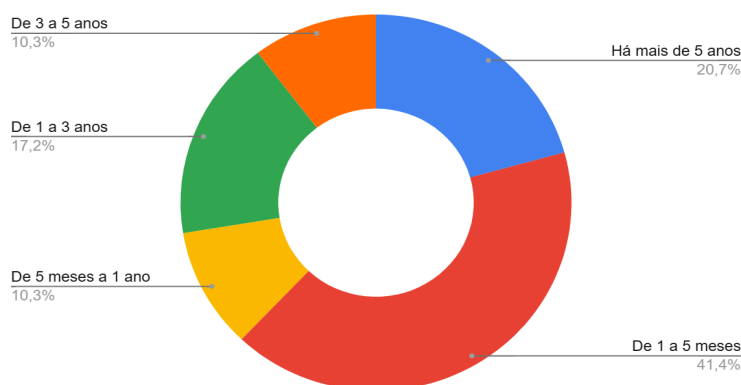
Neste sentido, constatou-se que 43,3% dos usuários vinculados aos familiares entrevistados tinham o ensino fundamental incompleto, o que corresponde a 13 pessoas. Enquanto na sequência estão as pessoas com ensino médio completo, representando 36,7% destes, ou seja, cerca de 11 pessoas.

No que diz respeito ao ensino superior, o mesmo não surgiu nas respostas dos entrevistados. Tal aspecto pode representar um desafio na continuidade dos estudos por parte de pessoas em sofrimento mental, o que pode ser justificado por diversas razões, como a falta de adaptação escolar, o estigma presente entre colegas e profissionais ou ainda a evasão escolar pela ausência de perspectivas pelo ensino.

Adicionalmente, também buscou trazer para o perfil dos entrevistados, o tempo de experiência dos mesmos junto aos equipamentos, considerando que esta informação pode justificar a visão acerca da adesão às ações e atividades dos serviços.

Conforme observado no gráfico abaixo (Gráfico 05), fez-se a divisão temporal em cinco categorias, a fim de traçar os vínculos mais duradouros e os mais recentes.

GRÁFICO 05 - Tempo de vínculo com os CAPS (AD e II)

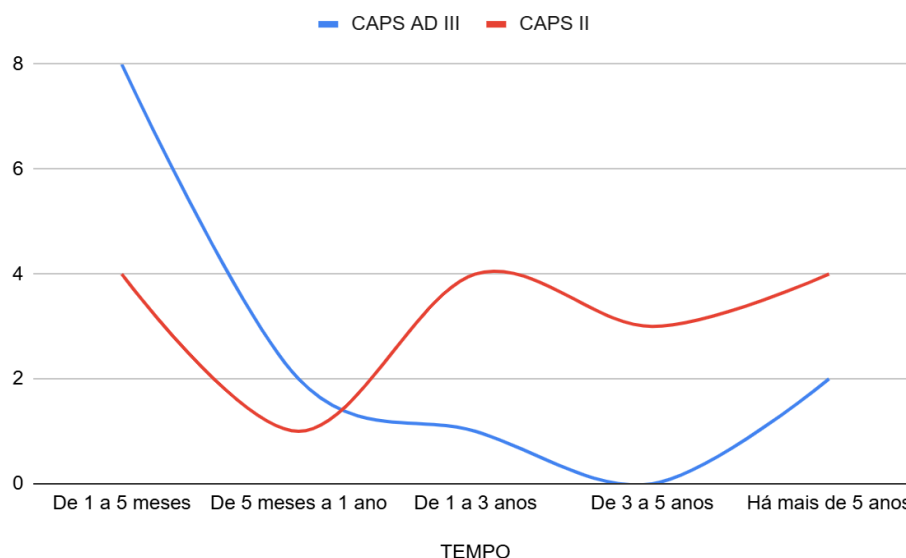


Fonte: A autora.

Com isso, pode-se observar que uma porcentagem significativa de entrevistados relatam um vínculo recente, correspondente a menos de seis meses nos CAPS. Se comparado o público de ambos equipamentos, têm-se que a grande maioria dos entrevistados do CAPS AD III é que compõem este grupo, representando oito dos entrevistados.

Enquanto, no CAPS II observa-se relações mais longitudinais entre o usuário e a família nos serviços substitutivos e, em menor número, vínculos mais recentes, como organizado no gráfico abaixo (Gráfico 06):

GRÁFICO 06 - Comparativo no tempo de vínculo entre o CAPS AD III e CAPS II



Fonte: A autora.

Essa diferenciação entre os vínculos estabelecidos nos dois CAPS pode ser justificada pela própria modalidade do público atendido em cada serviço. No caso do cuidado às pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas, o processo terapêutico tende a assumir um caráter mais episódico, em razão das especificidades da dependência, das recaídas e dos retornos recorrentes à rede de atenção.

Em contrapartida, o sofrimento mental persistente, característico dos atendimentos realizados nos CAPS II, pode favorecer a constituição de vínculos mais duradouros, na medida em que demanda acompanhamento contínuo e relações de apoio prolongadas.

Cabe ressaltar que, a existência destes vínculos duradouros com os serviços substitutivos não deve ser interpretada exclusivamente como indicador de cuidado exitoso. Ainda que estes possam desempenhar papel relevante na sustentação do tratamento, eles também podem revelar limites da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no que refere-se à promoção da autonomia e reinserção social dos usuários.

Em relação a estes vínculos, quando somadas as categorias “de 1 a 3 anos”, “de 3 a 5 anos” e “há mais de 5 anos”, delimita-se um grupo de 14 entrevistados, que já passaram pelas fases iniciais do acolhimento e encontram-se em um acompanhamento a médio ou longo prazo. Destes, 11 fazem parte do CAPS II.

O tempo de vínculo, aqui apresentado de forma descritiva, será analisado em maior profundidade no próximo capítulo (Capítulo 03), à medida que se discute a construção de laços entre as famílias e os espaços de cuidado psicossocial, bem como os desafios dessa dinâmica.

Por fim, como considerações finais acerca do perfil dos participantes de pesquisa, notou-se que grande parte são do sexo feminino, bem como encontram-se na meia-idade ou na fase idosa. No que tange à moradia, tem-se que as habitações próprias podem resultar em um encargo financeiro a menos para as famílias.

Neste âmbito, também destaca-se que uma maioria significativa dos entrevistados apontou uma renda familiar relativamente baixa, o que pode ocasionar uma vulnerabilidade dupla, tanto no sentido subjetivo do convívio com sofrimento mental, como no aspecto econômico dos cuidadores e seus respectivos núcleos familiares. As mulheres que se autodeclaram como “do lar” compõem um público representativo deste estudo.

No tocante à escolaridade, tem-se que a maior categoria tanto para os familiares quanto para os usuários trata-se do ensino fundamental incompleto, reforçando a desvantagem social destes núcleos familiares. Ainda, vê-se que, conseqüentemente, o acesso ao ensino superior permanece extremamente reduzido.

Através destas características, torna-se possível compreender as condições socioeconômicas e familiares à respeito dos participantes de pesquisa e dos membros de sua família acompanhados pelos CAPS. No próximo capítulo, foram exploradas as experiências e vivências relatadas pelas famílias, buscando

compreender a realidade destes núcleos em relação ao usuário e aos serviços substitutivos.

CAPÍTULO 03

A FAMÍLIA E OS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Atualmente, os serviços substitutivos têm um papel fundamental no cuidado em saúde mental, que não deve apenas voltar-se exclusivamente ao usuário, mas sim à sua família, de forma integral.

Contudo, este processo é repleto de desafios, tanto por parte dos núcleos familiares, como em relação aos serviços substitutivos, nesta pesquisa, representados por dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná.

A partir das entrevistas realizadas e da observação participante nos equipamentos que compunham o universo de pesquisa, fez-se possível apreender tais elementos desafiadores presentes no vínculo entre os serviços, famílias e usuários.

Dessa forma, o processo de análise ocorreu por meio da Análise de Conteúdo, enquanto um método que permite a exploração dos discursos através da construção de categorias. Tal procedimento, divide-se em três momentos, sendo a primeira a pré-análise, que consiste na escolha de documentos a serem analisados, ou no caso das entrevistas, a transcrição e sistematização das mesmas (Câmara, 2013).

O processo de transcrição dos diálogos estabelecidos com 29 participantes, ocorreu com o auxílio de um *software* de transcrição (*Whisper AI*) que realiza o reconhecimento automático da fala. Enquanto, a revisão foi feita manualmente, visando a correção de possíveis erros, bem como a divisão entre a fala da pesquisadora e do entrevistado.

Com isso, desenvolveu-se dois *corpus* textuais, sendo um do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD III) e outro do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II). Após o desenvolvimento destas bases procedeu-se com a leitura flutuante, essencial para o prosseguimento à próxima etapa.

A fase da exploração do material, que vem em sequência, trata-se do momento onde se faz a codificação e categorização do conteúdo (Bardin, 1977). Tal

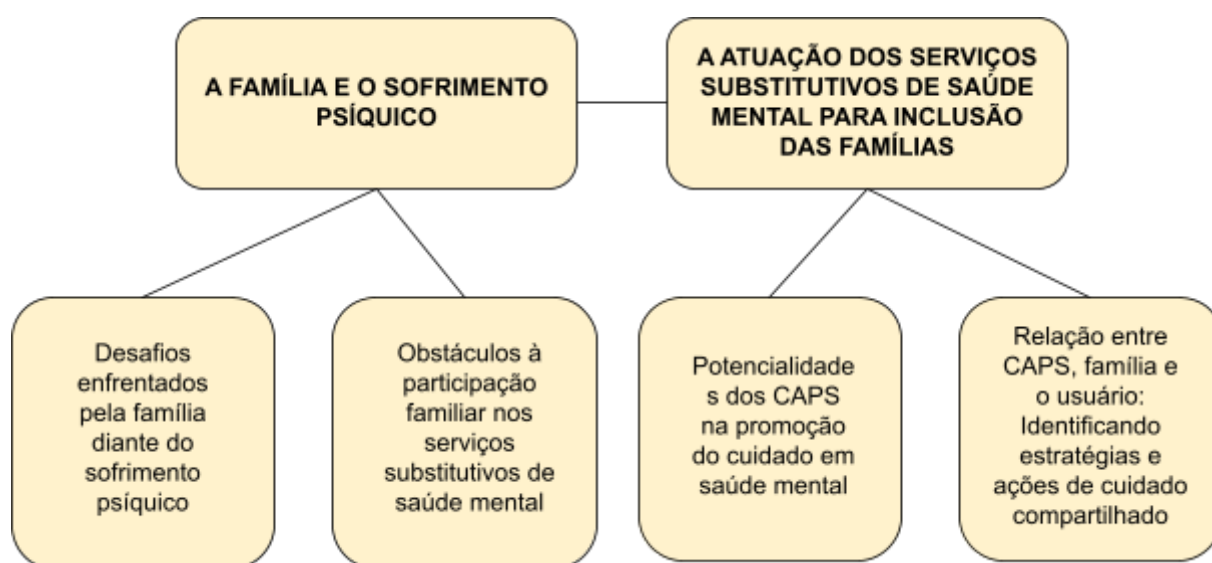
etapa, mostra-se como sendo de grande importância para esquematização e a correlação das falas pelos diferentes entrevistados.

Este processo de exploração requer uma leitura minuciosa e crítica, focada na identificação de pontos centrais nas verbalizações dos participantes da pesquisa, que necessitam ser unidas em categorias de análise, sejam estas criadas *a priori* ou *a posteriori*.

Para a presente pesquisa, fez-se a construção de duas categorias gerais que abarcam em cada uma outras duas subcategorias, buscando afunilar o debate. A primeira categoria refere-se “a família e o sofrimento psíquico”. Já a segunda nomeia-se de “a atuação dos serviços substitutivos de saúde mental para inclusão das famílias”.

As categorias e subcategorias foram organizadas na figura abaixo (Figura 04):

FIGURA 04 - Categorias para Análise de Conteúdo



Fonte: A autora.

Com as categorias desenvolvidas e organizadas, seguiu-se para a última etapa, denominada de tratamento dos resultados (a inferência e interpretação). Conforme Câmara (2013), esta fase marca-se pela busca de significados e validação dos dados, movimento que deve voltar-se constantemente aos marcos teóricos já construídos na investigação.

A partir disso, na primeira categoria, buscou-se discutir acerca dos desafios no convívio familiar com o adoecimento mental e o impacto em suas vidas cotidianas, bem como os obstáculos subjetivos dos núcleos familiares que podem dificultar a participação nos serviços substitutivos.

Enquanto, a segunda categoria, visou analisar a relação entre CAPS-família-usuário, a fim de entender a potencialidade deste serviço substitutivo no cuidado integral e identificar as ações e estratégias existentes que garantam a inclusão dos núcleos familiares.

Convém acrescentar que, para otimização desta interpretação de dados, utilizou-se complementarmente o *software Iramuteq*¹², que possibilita a construção de elementos visuais relacionados aos depoimentos, como as nuvens de palavras e análises de similitude.

3.1 A FAMÍLIA E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

As entrevistas realizadas ao longo do processo de coleta de dados, trouxeram significativos apontamentos acerca dos desafios enfrentados pela família em decorrência do sofrimento mental de um de seus membros, bem como dos obstáculos vivenciados pela mesma que afetam sua participação nos serviços substitutivos, abordados nesta categoria.

Quanto à construção das subcategorias, estas foram delineadas a partir dos questionamentos fixos do roteiro de entrevista. Ainda assim, considerando a utilização da entrevista semiestruturada, a qual permite maior fluidez e a inclusão de novas indagações ao longo do diálogo, também foram incorporados depoimentos oriundos de perguntas complementares.

A partir do questionamento final (Pergunta 17) do roteiro de entrevista, que questiona: “Quais são os desafios vivenciados por você em decorrência do sofrimento mental e período de tratamento vivenciado por um membro de sua família?”, construiu-se a discussão central da primeira subcategoria.

¹² O Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) refere-se a um software francês gratuito, que permite maior eficiência e agilidade no processo de codificação e gerenciamento de dados qualitativos. No Brasil, seu uso iniciou-se por volta de 2013 em pesquisas de representações sociais, mas logo expandiu-se a outras áreas das ciências sociais e saúde (Souza *et al*, 2018).

Enquanto, a segunda subcategoria baseou-se principalmente nos depoimentos dados a partir da pergunta “Você possui dificuldades de vir e/ou estar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?” (Pergunta 14). Neste sentido, buscou-se captar os dificultadores que afastam a família do CAPS, conforme a própria leitura de realidade destas.

3.1.1 Desafios enfrentados pela família diante do sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico caracteriza-se enquanto um processo de mudança paradigmática em relação ao entendimento da saúde mental e suas formas de tratamento. Com o modelo voltado à atenção psicossocial desenvolve-se um olhar mais apurado acerca da existência humana para além do rótulo da doença mental (Yasui, 2010).

Amarante (2007) aponta que o olhar adotado por este modelo, coloca a “doença” entre parênteses, dando enfoque ao sujeito em si. Ou seja, centra-se em suas vivências, problemas concretos e aquilo que está ao seu redor, como a família, trabalho, projetos e expectativas.

O fato é que, o sofrimento mental traz um conceito ampliado, que une as dimensões subjetivas e objetivas experienciadas pelas pessoas em suas realidades. Conforme destaca Yasui (2010, p. 111):

Falar de sofrimento significa falar da dor do corpo, da ansiedade, da angústia. Sofrimento também remete ao sofrimento de viver, das dificuldades impostas pelo modo de vida, marcado pela dimensão social, pela penúria, pela miséria. Do sertão que há em toda parte. Agregar o termo ‘psíquico’ à palavra ‘sofrimento’ não significa estabelecer uma divisão ou um corte entre mente/corpo. Significa enfatizar.

A partir disso, compreende-se que a saúde mental envolve não só questões biológicas e/ou genéticas, como também questões sociais, econômicas, culturais, ambientais e relacionais, que refletem na intensificação (ou não) do processo de adoecimento mental. Com isso, o sujeito em sofrimento psíquico encontra-se em uma posição de especial vulnerabilidade, enfrentando uma série de desafios em sua existência.

A família, igualmente, se depara com inúmeros desafios ao compartilhar a vivência do adoecimento mental, inclusive decorrentes da dependência química. Tal

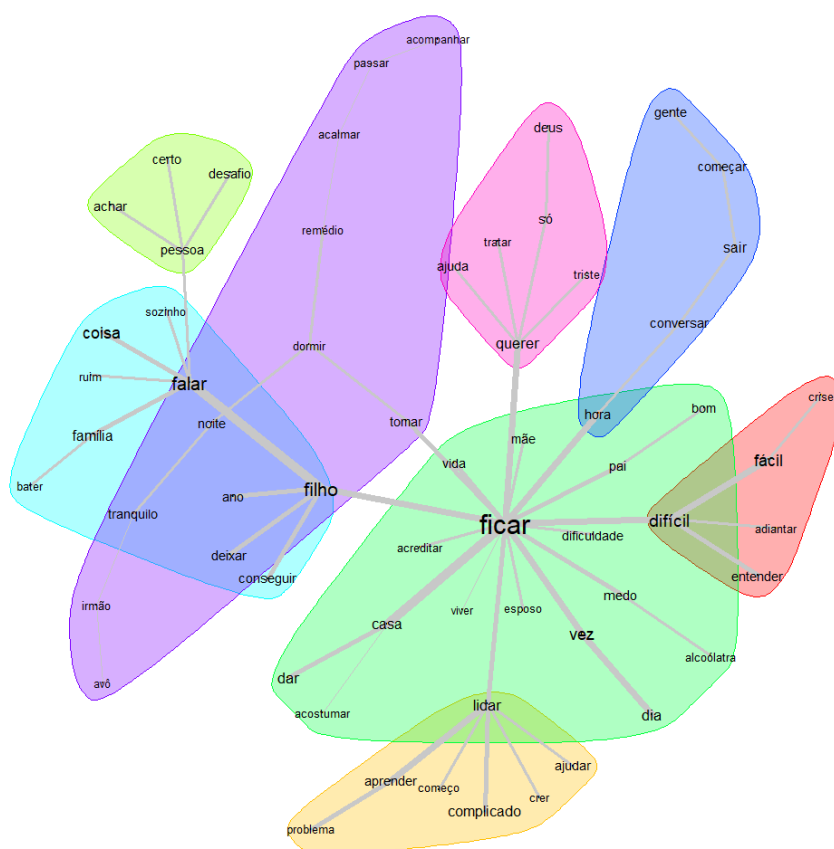
situação impacta diretamente nas dinâmicas cotidianas, relações afetivas e condições dos núcleos familiares.

As experiências relacionadas a esses desafios revelam-se plurais e complexas, uma vez que, em determinados momentos, articulam-se a outros fatores da realidade de diferentes núcleos familiares, configurando-se como vivências subjetivas que, ainda assim, apresentam pontos de convergência entre si.

Por meio dos depoimentos fornecidos pelos familiares participantes, pode-se observar quais foram os principais desafios enfrentados pelas mesmas, em seu cotidiano com o sofrimento mental.

Com base nas respostas, desenvolveu-se uma análise de similitude, visando entender as ocorrências sociais, bem como as associações de ideias vinculadas aos discursos dos familiares. Para tanto, a figura abaixo (Figura 05), demonstra os resultados visuais de tal análise.

FIGURA 05 - Desafios vivenciados pela família diante do sofrimento mental: Análise de similitude



Fonte: A autora.

Os discursos dos participantes da pesquisa evidenciam a existência de uma percepção significativa acerca dos desafios no convívio com pessoas em sofrimento mental ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, seja em função da necessidade de cuidados cotidianos mais intensivos, seja em decorrência de momentos de crise e de alterações comportamentais.

O termo “ficar” surge nos depoimentos interligados a outras palavras como “filho”, “casa”, “medo”, “difícil” e “vida”. Através da interpretação das verbalizações ao longo da entrevista, compreende-se que os participantes destacaram necessidade de cuidado, principalmente em casos onde os indivíduos encontram-se em situações mais agravadas.

Não, é direto junto. Onde ele vai eu tenho que estar junto (Familiar II - 07, 2025, dados da pesquisa);

Sempre estou acompanhando ele. É difícil ele fazer alguma coisa sozinho. Ele esquece, não lembra de nada do que está fazendo, perde a paciência fácil então eu sempre eu estou ali apoiando ele (Familiar II - 10, 2025, dados da pesquisa);

Ele mora separado, mas só que lá, lá no trecho, lá dentro, lá é nós três. Ele mora numa casa separada, mas só que ele é dependente do cuidador meu (Familiar II - 12, 2025, dados da pesquisa);

Os relatos acima foram fornecidos por entrevistados vinculados ao CAPS II, onde têm-se o atendimento voltado ao sofrimento mental moderado ou grave, o que pode significar a necessidade de um familiar ocupar o papel de cuidador deste sujeito.

Conforme Soares e Munari (2007) em casos severos relativos à saúde mental, torna-se comum que se estabeleça uma relação entre o cuidador e aquele que é cuidado. Ou seja, extrapola-se unicamente o papel de familiar e adota-se responsabilidades maiores durante este processo.

Dessa forma, compreende-se que os familiares ao assumirem este papel, possuem uma relação de maior intensidade com o sofrimento mental daquele indivíduo, visto que, torna-se necessário o acompanhamento em atividades cotidianas.

Como evidenciado nos depoimentos, este acompanhamento diante de situações de maior agravamento do sofrimento mental passa a integrar a própria rotina e dinâmica da relação com o indivíduo, seja enquanto estratégia de apoio e cuidado, seja em razão da dependência estabelecida pelo usuário.

No que concerne aos familiares acompanhados pelo CAPS AD III também obteve-se relatos na necessidade do cuidado, ainda que de formas diferentes. O uso abusivo de álcool e outras drogas pode levar ao indivíduo a encontrar-se em situações de risco e/ou perigo, que colocam a família em um estado de alerta constante. Conforme relatado pelos familiares do CAPS AD III:

[...] Ai tem que tá atendendo, porque não dá para deixar. Quando vê cai numa parte, você tem que buscar, né? Mas agora por sorte tá se ajeitando (Familiar AD - 02, 2025, dados de pesquisa);

Tem, porque daí é complicado, porque daí ele sai de noite, a gente não quer que saia, não adianta debater, que vai debater daí começa a surtar. É complicado quando ele tá nessa fase assim, sabe? [...] (Familiar AD - 05, 2025, dados da pesquisa);

[...] A gente não dorme, porque ele tá na rua, a gente não sabe se ele tá bem, como é que tá, né? A gente só dorme quando ele chega [...] (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa).

Socol *et al* (2014) aponta como o uso abusivo de álcool e outras drogas, que acarreta a dependência química, promove desestruturação e desorganização no âmbito familiar. O constante estado de alerta e/ou relações conflituosas que se estabelecem a partir desta questão colocam o núcleo familiar em uma espiral de ansiedade e medo, o que pode ocasionar o adoecimento da mesma.

Segundo os apontamentos realizados pelos familiares, o receio em relação à segurança do familiar, implica alterações significativas na rotina dos mesmos, seja pela necessidade de deslocar-se para buscá-lo em determinados locais visando à sua proteção, seja pela ocorrência de insônia decorrente da constante preocupação.

Ainda, em relação ao cuidado vê-se que o mesmo estende-se ao compromisso de acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Um acompanhamento que serve tanto como um incentivo a adesão ao tratamento, como pela impossibilidade deste frequentar individualmente o local. Como apontado por um dos familiares:

Só que não dá pra vim sozinho, daí, quando eu não venho, eu mando uma das minhas netas [...] (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa).

Ou seja, a vinculação do familiar neste contexto, não dá-se pelo seu entendimento enquanto um usuário nos serviços substitutivos, que também pode

buscar apoio desta rede, mas sim como um suporte ao indivíduo em sofrimento mental, para que o este mantenha-se frequentando o local.

Em relação ao convívio, a necessidade de “lidar” com as crises e alterações de comportamento, conforme o termo que surge na análise de similitude (Figura 05), demonstra um outro desafio de grande impacto na vivência das famílias entrevistadas.

O sofrimento mental ou a dependência química podem ocasionar mudanças no comportamento dos indivíduos, trazendo necessidade da família aprender habilidades e mecanismos para um melhor enfrentamento da situação.

Para tanto, compreende-se que este processo pode ser vagaroso para o núcleo familiar, onde a mesma encontra-se exposta a estes momentos por longos períodos de sua vida. Enquanto depoimentos vinculados a este desafio destacam-se os seguintes:

Não é fácil, né? Não é fácil, porque que nem agora, agora ele tá bem, tava conversando com os caras ali [...], ele chega, ele conversa, normal, mas tem hora que ele sai fora da casinha que, olha, ele fica falando coisa que não tem nada a ver, assim, coisa que é ruim, sabe? [...] (Familiar AD - 03, 2025, dados da pesquisa);

É difícil quando ele tá em crise, quando ele tem as recaídas que usa droga, é muito difícil. Não é fácil. Quando chega aquela época que ele tá que nem agora, daí é bem tranquilo. Toma os medicamentos, dorme bem, faz vôlei de noite. Porque ele vai fazer vôlei com uma turma. Agora tá bem. Mas quando ele recai, aí é difícil (Familiar AD - 05, 2025, dados da pesquisa);

Tem. Tem dificuldade. Tem que saber onde puxa o pavio, né? Sabe? Depende do que a gente fala, irrita. Já começa aquele processo do surto. Então, agora nós estamos se policiando [...] (Familiar II - 01, 2025, dados da pesquisa).

[...] E tem hora que ele tá muito agitado, tem hora tomando medicamento mesmo, certinho, tudo certinho. Todos os pacientes são assim, tem dia que são mais alterados. Às vezes não dorme bem de noite, fica caminhando, tomando água, e a mãe tem que ficar acordada, né? Como é que vai deixar o filho assim? [...] (Familiar II - 02, 2025, dados da pesquisa).

Como explicitado, sintomas referentes a insônia, agitação, irritabilidade, alterações na comunicação são fatores vinculados aos momentos de crise. Estes requerem dos familiares mudanças na rotina e contato com o sujeito em sofrimento mental.

À exemplo, o último relato fornecido pela Familiar II - 02, aponta que, mesmo com o uso de medicamentos, existem dias de maior alteração devido ao

adoecimento mental, onde é requerido que a mesma mantenha-se acordada para exercer o cuidado do familiar.

Ou ainda, a verbalização feita pela Familiar AD - 05, que destaca os momentos de alteração devido ao vício como sendo difíceis, não só para a família que vê seu ente sendo afetado, como essencialmente para o próprio usuário, que tem sua vivência completamente alterada em razão das recaídas e do uso abusivo de substâncias.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008) explicam que tais alterações de comportamento podem gerar a chamada sobrecarga física e mental, dado ao desgaste decorrentes dessa situação, sendo comum que a família também encare processos de adoecimento ou até alterações de humor, em razão dos aspectos da convivência.

[...] Então, já fiquei um ano esperando lá. Aí, quando veio minha (*consulta*) eu não conseguia consultar, sabe? Porque daí, eu tinha que fazer essas coisas muito importantes, mais importantes do, imagine, é uma coisa estranha, mas é verdade, né? [...] (Familiar AD - 01, 2025, dados da pesquisa);

[...] Porque é muito estressante, desgastante, é triste (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa);

Tá sendo mais... piorando sobre a minha idade, que eu tô ficando mais velha [...] (Familiar II - 02, 2025, dados da pesquisa).

Conforme relatado acima, nota-se que, por vezes, a auto-cuidado (físico e mental) é ignorado pelo familiar que o ocupa o papel de cuidador, priorizando-se o tratamento do membro familiar que encontra-se em sofrimento mental e negligenciando o cuidado a si mesmo.

O desgaste emocional também se faz presente, quando relata-se o estresse e a tristeza gerados a partir desta situação, que podem ocasionar o adoecimento mental do cuidador. Treichel *et al* (2020) destaca que é comum que familiares conviventes com o sofrimento mental também enfrentam os chamados transtornos psiquiátricos menores (TPM), considerados como:

Um processo que se refere aos estados de saúde envolvendo sintomas psiquiátricos não psicóticos, e inclui sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, depressão, ansiedade, esquecimento, dificuldade de concentração e problemas somáticos (Treichel *et al*, 2020, p. 462).

Em mulheres cuidadoras em saúde mental a prevalência é ainda maior, podendo afetar significativamente na qualidade de vida (Treichel *et al*, 2020). Outros fatores associados a uma maior incidência também dizem respeito às relações e funcionalidades familiares no apoio ao cuidador.

O processo de envelhecimento também surge nas verbalizações, podendo atenuar o adoecimento físico e mental do cuidador, e diminuir as possibilidades de atenção ao usuário do equipamento de saúde mental. Conforme delimitado no perfil dos participantes observa-se que a grande maioria são pessoas de meia-idade ou pessoas idosas, o que demonstra um ponto de atenção no que diz respeito ao acompanhamento à família.

Outro desafio apontado refere-se ao convívio da família e do sujeito em sofrimento psíquico com o meio social. Nesse contexto, é frequente que os familiares também sejam atravessados por experiências de estigma e preconceito. Tais situações podem manifestar-se tanto pelo afastamento de outros familiares e amigos quanto pelo estabelecimento de relações tensas e conflituosas com a comunidade.

O núcleo familiar que convive de forma mais próxima com o indivíduo tende a desenvolver maior compreensão acerca de seus comportamentos associados ao diagnóstico, por outro lado, tal entendimento nem sempre se estende às demais pessoas do entorno, que frequentemente passam a estigmatizar o sujeito.

Goffman (1981), caracteriza o estigma como um processo social que engloba as expectativas e projeção dos sujeitos uns sobre os outros, sendo o estigmatizado aquele que possui um atributo diferente em determinado espaço social, fazendo com que os demais afastam-se, ou ainda realizem ações depreciativas em relação ao mesmo.

Nos depoimentos, vê-se que este processo estende-se à família, ainda que em proporções diferentes. Segundo as verbalizações dos entrevistados do CAPS II:

Eu já vi bastante vim sozinho, ele não dá pra soltar sozinho. Nunca eu deixei ele vir sozinho, desde a primeira vez. Porque eu acho que ia dar errado se ele viesse sozinho. Teve gente que queria bater nele [...] (Familiar II - 02, 2025, dados da pesquisa);

[...] Ele até, às vezes, sai, mas a gente tem medo, porque nós sabemos o problema dele, mas tem pessoas na rua que não sabem o problema dele. Ele pode surtar na rua e alguém interpretar de outra forma. Então, ele não tem condição de sair sozinho (Familiar II - 06, 2025, dados da pesquisa);

[...] E as últimas crises dele foi... Foi até com os vizinhos, né? Aí os vizinhos também já não gostam muito [...] (Familiar II - 16, 2025, dados da pesquisa).

As famílias relatam acerca da insegurança em relação ao indivíduo exercer tarefas comuns, como sair de casa sem estar acompanhado. O medo diz respeito ao seu familiar sofrer agressões verbais ou físicas, dada a incompreensão das pessoas acerca do seu sofrimento mental. Como apontado pelo Familiar II - 06, o núcleo familiar convivente entende as implicações do sofrimento mental vivenciado pelo sujeito, já outras pessoas podem interpretar de forma errônea.

Nos relatos, também emerge o desentendimento com vizinhos ou pessoas próximas, os quais dificultam a convivência do núcleo familiar com a comunidade, intensificando situações de estigmatização. Essas tensões repercutem diretamente no cotidiano da família, ocasionando em alguns casos, a necessidade de restringir a circulação e a interação social do próprio usuário.

O sentimento de solidão ou isolamento, também são resultantes do processo de estigma social. A incapacidade de compreensão dos comportamentos do indivíduo em sofrimento mental podem levar ao afastamento de parentes e amigos próximos.

Para mim, a única coisa que eu fico triste, meu filho ajuda, eu tudo bem. Mas ninguém vem passear, assim conversar. Às vezes fazem uma reunião lá no final do ano [...] (Familiar II - 05, 2025, dados da pesquisa).

Dentro do mesmo núcleo familiar, pode existir relações de afastamento ou conflitos, mesmo que os indivíduos vivam na mesma habitação, o que torna necessário que um dos familiares ocupe o papel de mediador na situação, para que não haja agravos e intensifique-se a relação desarmônica.

Quando observado o público do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III), vê-se que a questão do afastamento e conflitos entre pessoas que residem em um mesmo local torna-se mais comum, o que pode justificar um menor acompanhamento da família durante o processo de tratamento, considerando a fragilidade nos vínculos que se estabelece em razão da dependência química. Conforme Soccol *et al* (2014, p.111):

As implicações da dependência química influenciam diretamente no âmbito familiar, transformando as relações tranquilas em agressivas e desarmônicas. Com isso, surgem os conflitos, as desavenças e o

enfraquecimento dos vínculos, fazendo com que o familiar não se sinta mais tranquilo no seu próprio espaço.

Os momentos de conflito apontados pelos familiares do CAPS AD III, destacam-se tanto aqueles envolvendo outras pessoas da família, quanto às perdas materiais devido a situações de descontrole em razão do uso ou abstinência da substância.

O processo vivenciado pelo público dos diferentes equipamentos diferencia-se, visto que, o uso abusivo de álcool e outras drogas, muitas vezes não é compreendido enquanto uma questão de saúde mental, mas como uma escolha do sujeito, entendendo que sua “vontade própria” é capaz de cessar a situação. Como mencionado, este fato pode intensificar a relação desarmônica e a ausência no acompanhamento por parte da família.

Dentre os relatos referentes à questão dos conflitos e perdas, estão os seguintes:

É, daí quando ele fica com raiva, quebra, ele destrói, ele rasga tudo. Daí que nem agora, ele colocou essa calça. Daqui a pouco ele invoca com a calça, ele pega e rasga tudo onde eu costurei [...] (Familiar AD - 03, 2025, dados da pesquisa);

[...] Às vezes fica até violento. Nossa, daí a gente fecha a casa e deixa ele pra fora, deixa o vidro fechado [...] (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa);

[...] Porque o alcoolismo sabe como é, né? Um dia ele tão tranquilo, outro dia eles tão agitado, então, a minha família, meu esposo, às vezes, ele ficava um pouco, como diz né, não aceitava, né? Às vezes tinha aquele conflito, né? E, como diz, às vezes ele batia boca, às vezes ele chegava pirado, às vezes, né? O esposo não aceitava, então, às vezes até eu tinha que interferir pra acalmar os ânimos [...] (Familiar AD - 11, 2025, dados da pesquisa).

Como evidenciado, há recorrência de episódios de agressividade, instabilidade emocional e comportamentos destrutivos, que impactam diretamente a dinâmica familiar. A partir destas situações, vê-se necessidade constante do núcleo familiar em construir estratégias de contenção e reorganização do cotidiano diante do medo, da insegurança e da imprevisibilidade do comportamento do sujeito em sofrimento psíquico em razão da dependência química.

Na sequência, outro desafio que surgiu foi em relação à renda e ao trabalho. Mediante análise das devolutivas, foi possível constatar que, alguns familiares destacaram o fato de não conseguirem manter-se empregados, ou apresentavam

dificuldades na renda familiar, considerando a necessidade do cuidado destinado à pessoa em sofrimento mental.

A renda foi um fator explorado no perfil dos entrevistados, que encontravam-se colocados nas menores faixas analisadas pela pesquisa. Conforme citado no capítulo anterior, tal questão pode implicar em uma sobrecarga financeira à família, que ao não conseguir manter o trabalho enfrenta uma dupla vulnerabilidade (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

Essa sobrecarga torna-se intensificada à medida que, o sujeito em sofrimento psíquico não consegue inserir-se no mercado de trabalho, seja por razões de sua saúde mental, ou ainda pelo preconceito na contratação dos mesmos (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008). Com isso, a possibilidade de acessar auxílios e benefícios pode apresentar-se como um auxiliador na composição da renda da família, mas não sanar completamente esta problemática.

Os relatos apresentados abaixo, pelos familiares do CAPS II e CAPS AD III, corroboram com a discussão deste desafio:

E daí eu arrumei um servicinho pra mim ir trabalhar no mercado de noite, né? Mas daí já não dava certo porque do jeito que é, né? Ele tem, assim, crise de ansiedade, sabe? É, ele fala que tem muita dor no peito, falta de ar, ele se acorda no meio da madrugada [...] (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa);

Não consigo trabalhar integral, né? Que nem eu trabalhava antes [...] (Familiar II - 01, 2025, dados da pesquisa);

[...] Não existe. Ele não tem condições psicológicas de trabalhar, do trabalho. Ele podia até começar a trabalhar e, de repente, dar um surto nele, sair fora de si, não agredindo alguém, mas ele fica fora de si completamente [...] (Familiar II - 06, 2025, dados da pesquisa).

Os dois primeiros depoimentos destacam a relação entre trabalho e renda no âmbito do próprio familiar, os quais relatam a impossibilidade de se manterem em vínculos empregatícios ou, ainda, a necessidade de reduzir a carga horária de trabalho, considerando que não conseguem dedicar-se integralmente às atividades laborais.

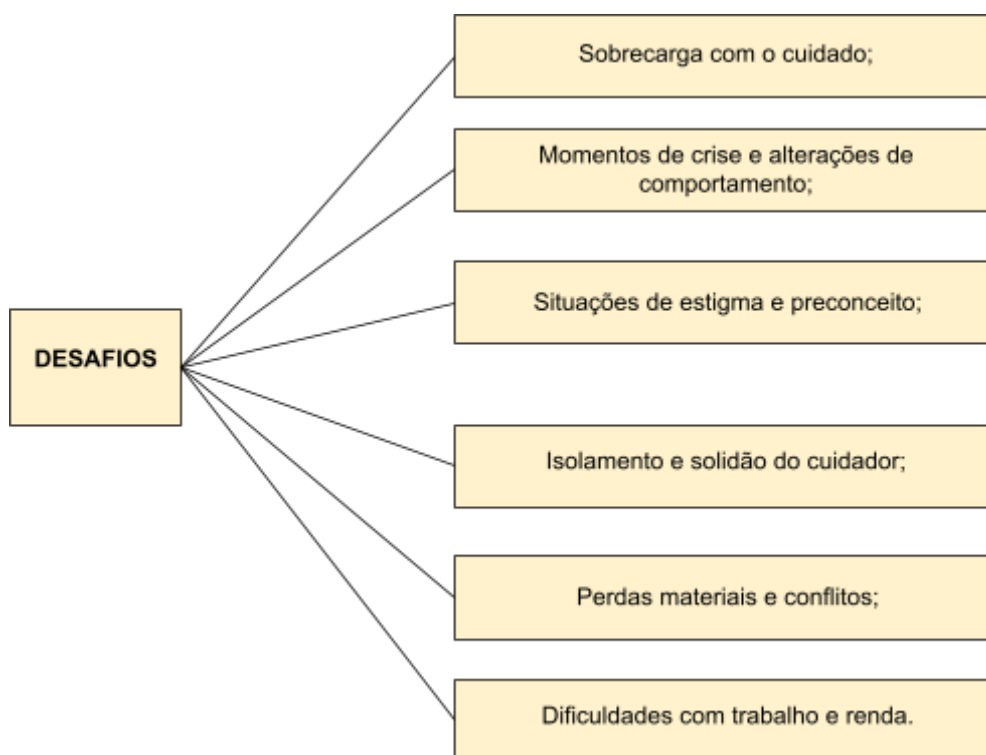
Por sua vez, o último relato evidencia a impossibilidade de o próprio usuário exercer atividade profissional, situação que, de modo inegável, repercute diretamente na renda familiar. Cabe ressaltar que, o adoecimento mental pode manifestar-se em diferentes graus de comprometimento, não sendo

necessariamente possível que todos os indivíduos neste espectro mantenham ou desempenhem atividades laborais.

Por meio dos diálogos, tornou-se possível compreender que a família vivencia múltiplos desafios em decorrência do sofrimento mental, principalmente nos núcleos familiares onde há maior necessidade em exercer o papel do cuidado no cotidiano.

Estes desafios, dizem respeito tanto à experiência pessoal vivenciada dentro do ambiente doméstico pelos familiares, quanto à fatores externos, como é o caso das situações de estigma e preconceito ou ainda a dificuldade vinculada ao trabalho e renda. Para tanto, compilou-se na figura abaixo (Figura 06) os principais desafios elencados e trabalhados ao longo deste subcategoria.

FIGURA 06 - Desafios elencados pelos entrevistados



Fonte: A autora.

Como observado na figura (Figura 06), os principais desafios citados foram: a sobrecarga com o cuidado; os momentos de crise e alterações de comportamento;

as situações de estigma e preconceito social; o isolamento e solidão do cuidador; as perdas materiais e conflitos e as dificuldades com trabalho e renda.

Dentre esses desafios, alguns mostraram-se mais recorrentes nos depoimentos do CAPS AD III, como as situações de perdas materiais e conflitos decorrentes do uso de substâncias, enquanto as experiências de estigma e preconceito social emergiram com maior intensidade nos casos relatados pelos familiares vinculados ao CAPS II.

Desse modo, embora haja desafios que se aproximam em determinados aspectos, destaca-se que ambos os equipamentos, em função das especificidades do público atendido, apresentam demandas próprias a serem trabalhadas junto às famílias.

Ainda, compreende-se que tais desafios não implicam necessariamente na fragilidade dos vínculos entre os familiares, sendo que, muitas vezes, há o fortalecimento dos mesmos. Conforme a família vivencia aquela situação coletivamente, passa-se a compreender as implicações do sofrimento mental e os limites que necessitam ser estabelecidos mutuamente.

[...] Mas agora pra mim assim cada dia é um dia novo com ele. Ele é uma pessoa muito amorosa, ele é muito carinhoso. Então a gente supera, a gente supera os limites, porque eu tenho meus limites, ele tem os dele, meu filho tem os dele. Então, a gente se junta tudo ali e dá alguma coisa (Familiar II - 10, 2025, dados de pesquisa).

Adicionalmente, torna-se relevante destacar que, ainda que o indivíduo em adoecimento mental ou dependência química possa possuir limitações (sejam mais agravadas ou não), as mesmas não implicam necessariamente no cuidado contínuo por parte da família, ou ainda a vivência destes desafios citados. As questões vinculadas à saúde mental, apresentam-se de formas diferentes e únicas, tanto para o sujeito, como para o núcleo familiar do qual ele faz parte.

Ainda assim, entende-se que existem aspectos sociais que atingem mais propriamente grupos familiares que experienciam o adoecimento mental. Com isso, a construção de habilidades, estratégias e mecanismos para a melhor convivência e entendimento vão sendo construídas gradativamente, à medida em que surgem os desafios.

Eu acho que você tem que compreender, primeiramente, esses transtornos.

A partir do momento que você compreende, aí você aprende a lidar com isso, porque não adianta você falar assim, ah, é aquilo ou aquilo outro, né? Então quando você sabe do problema, que você tá com o problema em mãos, aí você cria um mecanismo de auxiliar a pessoa e também saber se defender no momento certo [...] (Familiar AD - 10, 2025, dados da pesquisa).

Mais do que desafios vivenciados, essa dinâmica no interior dos grupos familiares possibilita processos de aprendizagem e resignificação. Mesmo que as famílias tenham relatado em seus depoimentos, experiências marcadas por dificuldades e adversidades, suas falas também evidenciam empatia, afeto e compromisso com o membro da família em sofrimento.

Neste sentido, a família pode constituir-se como uma importante potencialidade no cuidado em saúde mental, o que reforça a centralidade do papel dos serviços substitutivos no acolhimento, no suporte e no fortalecimento desses vínculos.

3.1.2 Obstáculos à participação familiar nos serviços substitutivos de saúde mental

O envolvimento da família durante o processo de tratamento em saúde mental pode revelar-se extremamente benéfico, considerando os múltiplos fatores implicados nessa dinâmica.

Para o usuário, a família pode constituir um espaço de afetividade e cuidado no enfrentamento das dificuldades relacionadas ao adoecimento mental e ao tratamento terapêutico. Neste sentido, a conformação de uma rede de apoio a partir do núcleo familiar mostra-se primordial para a promoção em saúde mental.

No que refere-se aos equipamentos, a presença da mesma pode favorecer um maior engajamento dos usuários nas ações e atividades propostas, bem como possibilitar uma aproximação mais efetiva com seu contexto social, ampliando o alcance e o impacto das intervenções ofertadas.

Para o próprio grupo familiar, esse envolvimento também se configura como positivo, na medida em que suas vivências relacionadas ao sofrimento psíquico podem tornar-se menos complexas a partir do esclarecimento e do apoio proporcionados pelos equipamentos da rede.

Contudo, não deve-se pressupor que todas as famílias disponham dos recursos emocionais e materiais necessários para lidar com essa situação, uma vez

que cada núcleo familiar estabelece relações singulares entre seus membros e com a realidade que os circunda.

Não se pode partir do princípio genérico de que “a família é sempre o melhor lugar”, mas trabalhar com a realidade das famílias onde, em boa parte dos casos, é o melhor grupo de acolhida e permanência (Soares; Munari, 2007, p.361).

Como destacado por Soares e Munari (2007) a família não deve ser idealizada no apoio ao indivíduo, mas sim deve-se considerar sua realidade e suas possibilidades de constituir-se enquanto um espaço de acolhida. Por isso, o olhar aos desafios e obstáculos da relação entre usuário, família e serviços substitutivos têm grande relevância.

Conforme apontado na subcategoria acima, vê-se que as famílias estão envolvidas por desafios implicados pela convivência com o sofrimento mental. Os sentimentos são múltiplos, perpassando pelo medo em momentos de crise, a incompreensão acerca do diagnóstico, o estresse decorrentes das alterações de comportamentos e/ou ainda a preocupação constante com o sujeito, dada as suas relações com a sociedade.

São tais questões, que relevam a importância de compreender o grupo familiar para além do seu papel de cuidador, mas também enquanto um usuário destes serviços, uma vez que, enfrenta as repercussões e desafios inerentes ao adoecimento psíquico.

Todavia, a simples constatação da importância da presença familiar nos equipamentos de saúde mental não constrói todas as pontes para que a mesma seja efetivada. Para isso, torna-se essencial observar quais os obstáculos enfrentados pelas mesmas, que impedem sua participação ativa.

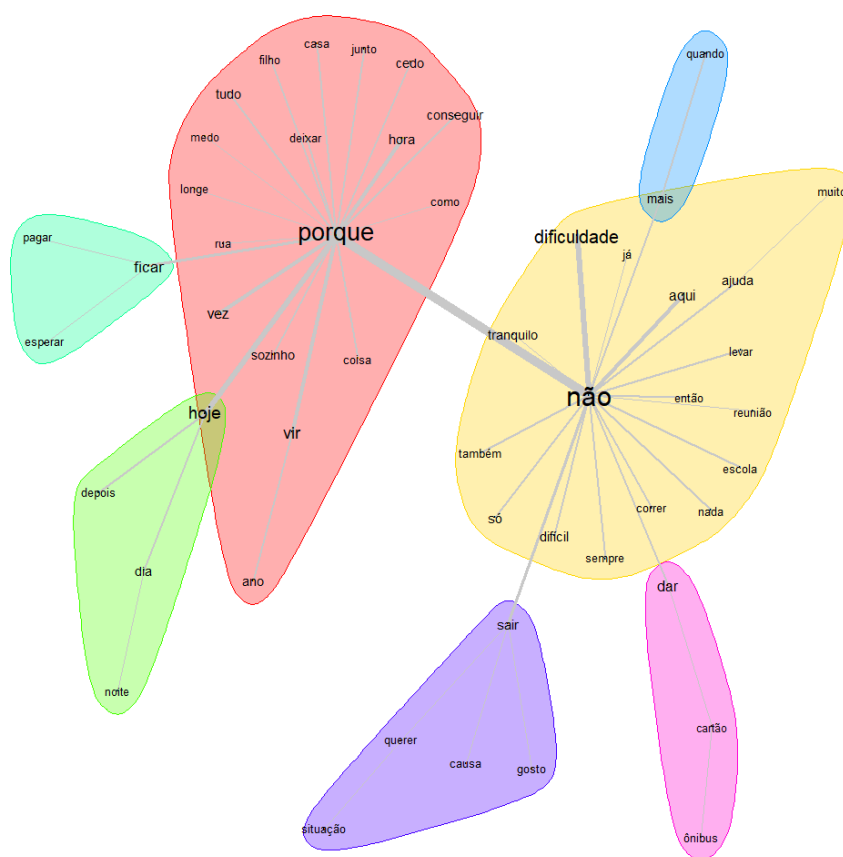
A partir das entrevistas, questionou-se aos participantes da pesquisa, se os mesmos possuíam dificuldades de ir ou de estar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), buscando compreender de que maneira dáva-se esta adesão. Conjuntamente, também investigou-se acerca das motivações para presença ou não nestes locais.

A análise de similitude¹³ foi aplicada no *corpus* textual que reunia as respostas para este questionamento, delimitando os principais termos que surgiram

¹³ Para construção desta análise de similitude, destaca-se que foram ativados os advérbios e advérbios suplementares considerando que as respostas poderiam ser “sim” ou “não”.

ao longo do diálogo e suas interligações uns com os outros. A figura abaixo (Figura 07) demonstra esta primeira etapa da análise.

FIGURA 07 - Dificuldades para participação no CAPS: Análise de similitude



Fonte: A autora.

Quando questionados em um primeiro momento, um número significativo de familiares apontou não possuir dificuldades em ir ou estar no equipamento para acompanhar um membro de sua família. A aparição da palavra “não” centralmente apresentada na figura acima reforça este dado.

Esta constatação inicial pode estar relacionada à própria escolha do público-alvo deste estudo, à medida que o diálogo foi estabelecido com os familiares presentes nos próprios Centros de Atenção Psicossocial, o que pode justificar que sejam aqueles que possuam maior frequência no local.

Ainda assim, outros familiares apontaram algumas das dificuldades presentes em seus cotidianos, fosse de forma direta ao questionamento, ou em outros momentos ao longo do diálogo, os quais serão explorados na presente subcategoria.

O primeiro obstáculo que surgiu foi em relação à aderência por parte dos usuários dos equipamentos de saúde mental. Conforme verbalizado pelas famílias, a pessoa em sofrimento mental e/ou uso abusivo de substâncias nem sempre mantém uma presença linear e regular nos serviços. Para tanto, o núcleo familiar, na tentativa de incentivar o tratamento, busca acompanhar o indivíduo com maior frequência nos locais.

Ah, não. Eu venho porque se eu não ficar forçando a barra de vir, pode acontecer dele não vir, então eu vim em todas. Vim nas consultas, vim em todas. Então, e pra mim não faz diferença eu ficar aqui, sabe? Uma hora só. Fico sentada ali vendo a televisão, não tem problema. Eu venho (Familiar AD - 03, 2025, dados da pesquisa);

[...] Eu tenho medo dele falar que vai vim sozinho e ir pra outros cantos beber né? (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa);

Tem dias que ele quer vir, tem dias que ele não quer, por isso que eu não tô me comprometendo com o trabalho nesse dia pra fazer esse incentivo dele vir, né? (Familiar II - 01, 2025, dados da pesquisa).

Tal questão foi apontada sobretudo por familiares do CAPS AD III, o que indica uma maior dificuldade de adesão ao tratamento por parte desse público. A partir dos dois primeiros depoimentos, observa-se que o receio manifestado refere-se à possibilidade do usuário abandonar o tratamento ou, ainda, realizar uso abusivo de substâncias durante o período em que deveria permanecer no serviço.

A família quando trata-se do uso compulsivo de substâncias, pode mostrar-se como uma das principais potencializadoras no processo de recuperação, que auxiliam no amadurecimento e crescimento emocional (Paiano *et al*, 2019). Apesar desta importância, entende-se que o desgaste emocional e físico, as fragilidades ou rompimentos de vínculos afetivos e a dificuldade na compreensão da dependência química podem afastar o núcleo familiar deste acompanhamento, ou ainda, quando há o acompanhamento, este torna-se repleto de conflitos.

Devido a esta dificuldade, os entrevistados destacam o anseio pelo interesse do próprio usuário na adesão ao serviço, considerando que em muitas situações, os mesmos frequentam devido a insistência dos familiares.

Eu queria que se ele conseguisse conscientizar de vir sozinho, seria bom, pelo fato de que ele tá tomando a iniciativa, não a gente puxando ele pra isso [...] (Familiar AD - 13, 2025, dados da pesquisa);

Sim, a iniciativa tem que sair dele, senão não vai resolver, né? Como disse,

quem precisa de ajuda é ele [...] (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa).

Uma problemática que nasce a partir destes relatos, diz respeito ao próprio entendimento do papel ocupado pelo núcleo familiar no processo de cuidado. Conforme explanado, a ida da família até o local resume-se a insegurança ou incentivo atribuídos ao usuário.

Ou seja, se este não frequenta, conseqüentemente também tem-se a ausência familiar nos serviços substitutivos, ocasionando uma dupla não-aderência, uma por parte do usuário e outra por parte do grupo familiar.

Embora, em um primeiro momento, isso possa parecer um percurso natural na rede, compreende-se que o fortalecimento da família deve ser trabalhado não apenas quando o usuário está inserido no equipamento, mas sobretudo nos momentos em que ele não consegue acessá-lo ou permanecer nele. Como apontado por Machado e Rodrigues (2017, p.175):

Na atenção psicossocial, as equipes de saúde mental devem ter como objeto do cuidado a unidade familiar em toda sua complexidade, compreendendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial.

Em períodos de instabilidade e de mudanças na dinâmica entre o usuário e o CAPS, a fragilidade da situação familiar torna-se ainda mais acentuada, o que evidencia a necessidade de oferecer apoio à família durante estes momentos. Cabe destacar que, mesmo o usuário não frequentando o equipamento, a relação familiar não cessa, reforçando a essencialidade do apoio.

Para que isso se concretize, é preciso da atuação pelos serviços da rede na sensibilização e reconhecimento da família como um sujeito ativo no CAPS, cujo protagonismo não se restringe à frequência ou presença do próprio usuário no equipamento.

Em sequência, outro obstáculo que surgiu ao longo do diálogo tratou-se de relações vinculadas ao trabalho por parte dos familiares. Como destacado no perfil dos entrevistados, nove dos mesmos possuíam atividades remuneradas, formais ou informais, fato que pode representar uma maior dificuldade em estar presente no CAPS.

É, por causa do trabalho é meio difícil, mas como eu disse, se for necessário vir participar da reunião, né, aí eu dou um jeito e veio (Familiar AD - 06, 2025, dados da pesquisa);

Dificuldade tem, né? Porque eu tenho que deixar de trabalhar muitas vezes. Mas é necessário, né? Como disse pro doutor, eu vou fazer o meu sacrifício, né? Daí o meu menino logo começando a trabalhar, as coisas melhoram também [...] (Familiar II- 01, 2025, dados da pesquisa);

[...] Tem outras vezes que eu não venho por causa do trabalho mesmo. Tem vezes que eu passo a noite trabalhando e trabalho de dia também ou invertido também [...] (Familiar II- 11, 2025, dados da pesquisa).

Nos relatos apresentados, os familiares destacam que os vínculos empregatícios tornam mais dificultosas as participações no equipamento. Este fato, pode ser gerado pela própria rotina e carga horária de trabalho, que não permite com que o familiar tenha disponibilidade para estar presente em atividades e ações ofertadas.

Dessa forma, muitas famílias acabam por desenvolver estratégias para possibilitar com que a pessoa em sofrimento mental tenha um acompanhante no CAPS, ao mesmo tempo que mantém suas rotinas de trabalho. Como destacado pelo Familiar AD - 06, busca-se “dar um jeito” para estar presente nos momentos necessários.

Ou ainda, quando não torna-se possível conciliar com os horários, como apontado pela Familiar II - 01, deixa-se de exercer a atividade remunerada, a fim de representar um ponto de apoio ao sujeito.

Outras estratégias citadas pelos entrevistados, referem-se a adaptação de horários de trabalho ou ainda o compartilhamento de acompanhamento nos CAPS com outros familiares. Ambos depoimentos seguem abaixo:

[...] Só que daí eu só trabalho mais à noite agora (Familiar II - 01, 2025, dados da pesquisa);

Daí vem eu ou minha tia também que mora junto com a minha avó, mas daí minha tia é mais difícil porque ela trabalha no turno da noite, às vezes da manhã [...] (Familiar II - 09, 2025, dados da pesquisa).

O compartilhamento do cuidado por mais de um membro da família, pode representar a possibilidade de equilibrar a renda familiar e a atenção à pessoa em sofrimento mental. Ainda assim, compreende-se que este pode ser um obstáculo decisivo para a ausência da família na rede.

A obtenção de renda por famílias em situação de vulnerabilidade social nem sempre permite flexibilizações e adaptações que viabilizem sua presença nos serviços substitutivos. A realidade desses grupos familiares exige, muitas vezes, a adequação às demandas do mercado de trabalho como condição para a garantia da própria sobrevivência.

Outro obstáculo, também relacionado ao trabalho, desta vez não remunerado, trata-se do cuidado destinado a outras pessoas do mesmo núcleo familiar. Dentre os destaques nos relatos estão:

Eu agora sou só dona de casa, porque eu cuido da mãe, esse meu filho tem esquizofrenia. Então, daí eu parei de trabalhar [...] (Familiar AD - 05, 2025, dados da pesquisa);

Não, pra mim, eu não tenho dificuldade, né? Assim que nem hoje, por exemplo, que é o dia que ele vem, ele tem a reunião que é às 10 horas e eu participo com ele. Agora, digamos, se for pra mim ficar o dia inteiro, acho que eu não vou poder, por causa do meu pai, sabe? Ele tem 91 anos e eu que cuido dele (Familiar AD - 11, 2025, dados da pesquisa).

[...] Meu filho nasceu com uma deficiência, então eu acompanho ele, ele tá com 25 anos, né? Só que a deficiência dele é física, né? [...] (Familiar II - 10, 2025, dados da pesquisa).

Através das verbalizações acima, observa-se que alguns dos participantes da pesquisa apontam cuidar de outros membros da família, principalmente de pessoas idosas. Este fato, pode apresentar-se como um dificultador no acompanhamento do núcleo familiar.

Destes depoimentos, destaca-se que, integralmente foram concedidos por mulheres, em sua grande maioria mães e esposas, que vivenciam o trabalho doméstico. Na análise do perfil dos participantes, um número significativo do público refere-se às donas de casa.

As mulheres, que ocupam o papel de donas de casa, possuem o encargo do ato de cuidar, dos outros familiares e do ambiente doméstico. Na grande maioria das vezes, este trabalho, que ocupa uma parte considerável de seus dias, não é reconhecido ou valorizado.

Santos e Diniz (2018) refletem que há no espaço e trabalho doméstico ocupado por mulheres, uma intensificação no que diz respeito às vulnerabilidades. A exposição constante a situações estressoras, violências e a uma jornada repetitiva

com tarefas sempre inacabadas, resultam em processos de adoecimento físico e mental.

Neste sentido, entende-se que o familiar, que ocupa a função do trabalho doméstico e do cuidado, que, por vezes, torna-se dificultado em razão da idade e/ou limitações dos membros da família, encontra-se em uma situação vulnerável em múltiplos aspectos. As vulnerabilidades próprias da questão do trabalho invisível, quando somadas ao fator do convívio com o sofrimento mental, resultam em uma jornada desafiadora e complexa.

Compreende-se que há, por parte dessas mulheres, um sentimento de responsabilização que contribui para a naturalização e a individualização do cuidado. Conforme evidenciado nos relatos das familiares:

E mais assim também, porque eu deixo às vezes, muitas das vezes, de cuidar de mim, sabe? Pra me dedicar a eles, que precisam mais, né? Eles precisam bastante, né? De atenção e de tudo, assim. Eles precisam da gente, né? Que é mãe. Porque o pai não é a mesma coisa, né? (Familiar AD - 01, 2025, dados da pesquisa);

[...] É eu que tenho que cuidar, né? Porque o pai deles não mora junto, não ajuda nada, não vem fazer nada [...] (Familiar II - 12, 2025, dados da pesquisa).

Renk, Buziquia e Bordini (2020, p.421) destacam que “a responsabilidade do cuidado aos familiares recai sobre as mulheres como uma imposição social e elas o naturalizam como parte de suas obrigações morais junto à família”. Em ambas verbalizações, as mães destacam que o apoio e cuidado ao usuário é exercido por elas, enquanto o papel do pai torna-se secundário ou ainda inexistente, como é o caso do último depoimento.

Dessa forma, considera-se que a questão de gênero deve ser destacada enquanto uma importante interseção no cuidado familiar em relação ao sofrimento mental.

A distância dos equipamentos também foi apontada enquanto uma dificuldade para que o familiar esteja nos serviços substitutivos. Esse fator impacta de maneira ainda mais significativa as famílias residentes em áreas rurais, em razão da maior distância em relação ao CAPS.

Temos dificuldade pela distância, né? [...] (Familiar AD - 13, 2025, dados da pesquisa);

[...] É longinho da cidade. Então, como eu falo pra eles, às vezes é difícil a gente vir, né? Com chuva assim, é difícil trazer, mas a gente faz o esforço porque é bem pra ele, né? A gente quer procurar um bem pra ele [...] (Familiar II - 02, 2025, dados da pesquisa).

Os relatos, fornecidos por duas famílias residentes na zona rural, evidenciam que a distância em relação ao equipamento constitui uma questão de dificuldade para a presença no serviço, sobretudo em situações adversas e imprevisíveis, como as ocorrências de chuvas.

O acesso da população residente na zona rural aos serviços de saúde não se configura como um problema exclusivamente relacionado à RAPS, mas como uma questão transversal a toda a política de saúde no Brasil. Ainda que exista um sistema universal e público, fatores associados às condições de infraestrutura continuam a limitar o acesso dessa população ao SUS (Silva; Dimenstein; Leite, 2013).

É inegável o crescimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), especificamente de CAPS em todo o país. Contudo, a realidade da atenção em saúde mental no campo ainda se configura como um problema, principalmente para os moradores de comunidades rurais. O acesso aos serviços é extremamente difícil, bem como a dinâmica organizacional dos mesmos não facilita a participação desses moradores na rede de atenção psicossocial (Silva; Dimenstein; Leite, 2013, p. 269).

Com isso, considera-se que este obstáculo articula-se a um problema estrutural da própria política de saúde e suas formas de organização e infraestrutura, que necessitam ser repensadas considerando as vivências das populações em zonas rurais.

Além disso, observa-se a ausência de transversalidade entre as políticas públicas, visto que o transporte para essas regiões nem sempre é eficaz, mesmo que previsto em legislação municipal. A falta de acesso ao transporte público, faz com que as famílias também não consigam acessar outros serviços locais, essenciais para sua qualidade de vida.

As questões financeiras vinculadas ao deslocamento, também surgiram ao longo do diálogo, sendo que, muitos grupos familiares possuem situações socioeconômicas desfavoráveis, tornando o custo para locomover-se até o equipamento uma problemática em suas realidades. Conforme relatado pelos entrevistados:

[...] Às vezes fica complicado, porque às vezes tem que me emprestar dinheiro pra vim, porque onde nós moramos é longe, né? [...] (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa);

Olha, eu tenho essa dificuldade que eu tô gastando com um táxi, sabe? Da sorte que ele é amigo nosso e ajuda. Então, aí fica mais prático pra mim, sabe? Ele espera, por exemplo, eu uso, uso e pago no final do mês pra ele. Então, essa dificuldade eu tenho, né? Mas trago. Não tem chuva, não tem nada (Familiar II - 05, 2025, dados da pesquisa);

Para te dizer a verdade, até se torna meio difícil por causa que a gente mora um pouco longe daqui, já não é pertinho daqui mesmo. Então, para mim seria muito importante até se eu conseguisse mesmo um cartão para cada um, que ajudaria muito. Porque ônibus hoje é tudo cartão. E se depender de eu mesmo pagar o ônibus, pra mim, se torna bem difícil [...] (Familiar II - 08, 2025, dados da pesquisa).

Acerca dessa questão, alguns familiares relatam a necessidade de desenvolver estratégias para conseguir deslocar-se até o serviço, como é o caso da primeira familiar, que destaca emprestar dinheiro para ir até o CAPS com o usuário, considerando a distância de sua residência.

O último depoimento aponta a possibilidade de acessar a isenção do transporte público da cidade, fato que viabiliza a ida ao equipamento sem o custeamento por parte da família. Conforme definido pela Lei Municipal nº 15.122 de 06 de junho de 2024, este grupo, se seguidos os critérios, podem estar isentos do pagamento da tarifa.

"Art. 18. - São isentos do pagamento da tarifa pública: (NR)

...

III - pessoas com transtorno mental grave ou que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas e encontram-se em tratamento na área da saúde mental, com renda individual mensal até 2 (dois) salários mínimos nacionais, com um acompanhante, devidamente credenciados na forma do regulamento (Ponta Grossa, 2024).

Para tanto, entende-se que torna-se essencial a orientação por parte da equipe multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial, visto que muitos familiares não possuem o acesso a tais informações. Quando devidamente orientados acerca de seus direitos, as repercussões destes obstáculos podem ser menores.

Pela análise realizada, nota-se que os entrevistados destacaram uma série de fatores que dificultam sua inserção nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que podem, inclusive, ocasionar uma menor adesão por parte dos sujeitos em sofrimento mental ou dependência química.

Dentre os obstáculos destacados pelos mesmos referem-se: a baixa adesão do próprio usuário do equipamento de saúde mental; as questões vinculadas ao trabalho; o cuidado destinado a outros membros da família; a distância da habitação em relação aos equipamentos da RAPS e as questões financeiras acerca do deslocamento.

Tais obstáculos não devem ser compreendidos como indicativos de não envolvimento do núcleo familiar na trajetória do usuário, uma vez que, mesmo diante da impossibilidade de presença frequente nos equipamentos, os familiares podem exercer de forma contínua o papel de cuidado no cotidiano do sujeito.

Neste sentido, faz-se necessária a atenção dos serviços para identificar e viabilizar mecanismos que favoreçam a inserção da família no processo terapêutico desenvolvido nos CAPS, reconhecendo-a como um agente que também demanda cuidado. Como destacam Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 593), “mais do que uma aliada na efetivação do modelo psicossocial emergente, ela deve ser encarada como foco de intervenção, para que seus anseios sejam acolhidos e sua sobrecarga minimizada”.

Ademais, a partir desta primeira categoria construída, buscou-se sintetizar os desafios vivenciados pelas famílias, tanto no convívio com o sofrimento psíquico, como em sua relação com os equipamentos de saúde mental. As experiências dos núcleos familiares que vivenciam este fenômeno não são simples, nem tampouco de fácil resolutividade.

Entre as inferências que reforçam esse argumento, destacam-se aqueles identificados a partir das entrevistas realizadas. Todavia, compreende-se que se trata de um recorte local, sendo possível que tais desafios se apresentem de forma ainda mais ampliada quando considerados outros contextos e vivências.

A síntese desta primeira categoria encontra-se organizada no quadro abaixo (Quadro 09):

QUADRO 09 - Síntese da primeira categoria explorada

(continua)

Categoria geral: Os desafios enfrentados pela família no convívio com o sofrimento mental e em sua participação efetiva nos equipamentos de saúde mental.	
Subcategoria 01: Focada nos desafios na relação entre família e convívio com o sofrimento mental.	Subcategoria 02: Focada nos obstáculos para presença das famílias nos Centros de Atenção Psicossocial.

QUADRO 09 - Síntese da primeira categoria explorada

(conclusão)

Principais inferências: - A sobrecarga com o cuidado; - Os momentos de crise e alterações de comportamento; - As situações de estigma e preconceito social; - O isolamento e solidão do cuidador; - As perdas materiais e conflitos; - As dificuldades com trabalho e renda.	Principais inferências: - A baixa adesão do próprio usuário do equipamento de saúde mental; - As questões vinculadas ao trabalho; - O cuidado destinado a outros membros da família; - A distância da habitação em relação aos equipamentos da RAPS; - As questões financeiras acerca do deslocamento.
--	---

Fonte: A autora.

Ao abordar os principais desafios e obstáculos inerentes da relação entre usuário família e equipamentos, têm-se uma dimensão dos fatores que necessitam ser levados em consideração quando se pensa na inclusão das famílias nestes espaços.

Só assim, torna-se possível refletir a construção de estratégias e mecanismos mais eficazes por parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para possibilitar um atendimento qualificado. Ademais, a próxima categoria busca explorar esta atuação dos serviços substitutivos junto aos grupos familiares.

3.2 A ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL PARA INCLUSÃO DAS FAMÍLIAS

O diálogo estabelecido com os participantes de pesquisa, perpassou desde as experiências próprias da família com o sofrimento mental, até sua relação com os serviços substitutivos. Dessa forma, foi possível compreender o olhar das famílias acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tanto em relação ao tratamento ofertado para os usuários, como em relação ao acolhimento do próprio grupo familiar, através da formulação de espaços próprios.

Com isso, as subcategorias exploradas abaixo, foram consolidadas a partir dos depoimentos cedidos pelos entrevistados. Ainda, realizou-se a observação participante pela pesquisadora nos locais selecionados como universo de pesquisa.

A primeira subcategoria, que aborda as “potencialidades dos CAPS na promoção do cuidado em saúde mental”, guiou-se por duas perguntas fixas do

roteiro de entrevista, que referem-se às seguintes: “Como você compreende o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?” (Pergunta 13) e “Você considera que o tratamento ofertado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui um impacto na sua família? Se sim, o impacto é negativo ou positivo?” (Pergunta 16).

Enquanto, a segunda subcategoria, que trata da “Relação entre CAPS, família e usuário: Identificando estratégias e ações de cuidado compartilhado”, foi construída a partir da pergunta 15, que questiona: “Você considera que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui espaços (como grupos ou oficinas) para que você participe de atividades junto ou separadamente ao membro de sua família?”, a fim de identificar potenciais ações e estratégias para inclusão da família nos equipamentos.

3.2.1 Potencialidades dos CAPS na promoção do cuidado em saúde mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) caracterizam-se enquanto importantes espaços na Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Estes serviços têm essencial papel na oferta da atenção psicossocial especializada a partir da proposta do cuidado comunitário e territorial.

A estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da portaria nº3.088/2011, aponta os CAPS enquanto espaços que ofertam o atendimento multiprofissional para pessoas em sofrimento mental grave e persistente, bem como para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a partir do tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (Brasil, 2011).

Ao todo, existem seis modalidades de CAPS, que dividem-se conforme as especificidades do público atendido, sendo instituídos a partir dos diferentes portes dos municípios e demanda no atendimento. Todavia, todos possuem uma mesma finalidade, que refere-se a oferta de atendimento em saúde mental, sob os princípios da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira.

Estes serviços substitutivos funcionam sem que haja a internação hospitalar, proporcionando uma gama de atividades que respeitem a liberdade, autonomia e subjetividade dos indivíduos, a partir de estratégias de convívio, interação, expressão e acolhimento (Albuquerque, 2022).

Yasui (2010, p.115) aponta que tal equipamento “deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental”. Dessa forma, estes espaços demonstram a possibilidade de uma rede ampliada, que preza o cuidado em liberdade e a articulação com diferentes segmentos, organizações e atores sociais e políticos.

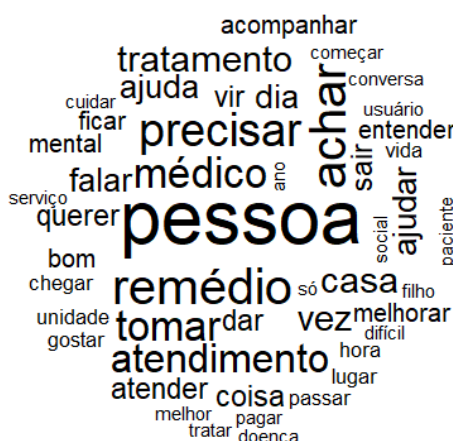
Para além de um equipamento físico, esses serviços tornam-se um modo de ver a saúde mental, de operar o cuidado em rede e de reproduzir um novo lugar social para a loucura (Leal; Delgado, 2007). Os CAPS devem ser espaços de acolhimento, voltados ao indivíduo como um todo, e não apenas ao seu diagnóstico, o que torna essencial olhar para suas realidades e relações.

Contudo, compreende-se que, conforme as vivências e interpretações dos sujeitos, um mesmo espaço pode apresentar diferentes sentidos, bem como os mesmos alteram-se devido ao vínculo que é estabelecido (usuários, familiares, profissionais e/ou gestores).

Junto aos participantes de pesquisa questionou-se acerca do seu entendimento em relação ao serviço substitutivo, a fim de apreender a representação atribuída pela família em relação ao CAPS.

Os depoimentos fornecidos pelos entrevistados, foram sistematizados em um único *corpus* textual, sendo que posteriormente, organizou-se a análise por frequência através de uma nuvem de palavras, a fim de identificar os principais termos que surgiram relacionados à compreensão. A figura abaixo (Figura 08) apresenta esta análise:

FIGURA 08 - Entendimento sobre o CAPS: Nuvem de palavras



Fonte: A autora.

A partir de uma interpretação generalizada dos depoimentos, entende-se que o significado atribuído ao CAPS pelos familiares, mostra-se em sua maioria como sendo positivos. Este equipamento, apresenta-se enquanto um serviço de referência em saúde mental, que atende a pessoa em sofrimento psíquico, a partir da oferta de tratamento. Conforme relatos dos familiares:

Se eu entendi, aqui é a unidade que tratam de situação de vício, dependência química, e tem outra unidade que trata de doenças, doenças mentais, alguma coisa assim. Parece que é isso (Familiar AD - 06, 2025, dados da pesquisa);

O CAPS é uma rede de apoio para as pessoas que têm transtornos mentais ou psicológicos, que necessitam de uma ajuda, né? E eles buscam através do estabelecimento uma forma de ajudar, uma forma de acolhimento, tanto que tem vários, vários projetos de acolhimento que infiltram as pessoas, ajudam elas a se entenderem melhor, acho que é isso (Familiar II- 09, 2025, dados da pesquisa).

Na verbalização realizada pela Familiar AD - 06, têm-se o entendimentos dos diferentes tipos de CAPS que ofertam atendimento no município de Ponta Grossa. Enquanto, o segundo relato destaca a existência de diversos projetos para pessoas que necessitam de acolhimento neste campo.

Yasui (2010) pontua sobre a necessidade de uma ampla gama de ações e atividades nos serviços substitutivos, que acionem o potencial de toda equipe multiprofissional e garantam o desenvolvimento do melhor projeto terapêutico aos indivíduos. Estes projetos, como entendidos pela família, representam a diversidade nos instrumentos utilizados pelo local.

Voltando ao menu de atividades, quanto maior a diversidade e a quantidade de ferramentas, teremos mais possibilidades de construir projetos de cuidado adequados à complexidade de nosso ofício: medicamentos, atendimentos individuais, em grupo, oficinas expressivas, oficinas de geração de renda, projetos de residência terapêutica, articulação com outros serviços no território e o que mais puder ser inventado e criado (Yasui, 2010, p.150).

Por meio deste acolhimento que o CAPS passa a ser reconhecido como uma rede de apoio à família, sendo assim possui fundamental relevância na vida das mesmas.

Sem a presença do equipamento na vivência das famílias e o adequado tratamento ofertado ao indivíduo em sofrimento mental, este grupo pode sentir-se desorientado e desmotivado. Dentre outros relatos que destacam o impacto positivo

estão:

Para mim é muito importante, porque o que seria das mães, dos pais e dos usuários, é o que seria de nós sem o CAPS. Aqui é tudo o que nós precisamos [...] (Familiar AD - 01, 2025, dados da pesquisa);

Acho que eles acompanham pra ver como que tá o psicológico da pessoa, se ela tá bem, como que ela tá. Ela também já teve conversa com o enfermeiro, né? Eles realmente acompanham a vida da pessoa, né? O que precisa ser ajudado, né? E o que não precisa, né? Que também tem isso, né? (Familiar II- 11, 2025, dados da pesquisa).

O acompanhamento do indivíduo por meio de uma equipe qualificada, representa a possibilidade para o núcleo familiar compartilhar o cuidado, bem como ter maior clareza acerca do processo vivenciado com o adoecimento mental. Uma família desassistida pela rede, não possui possibilidade deste compartilhamento e da atenuação de sua sobrecarga.

Acerca destas verbalizações, cabe destacar uma problemática, que refere-se ao fato de muitos entrevistados citarem a palavra “ajuda” e/ou sinônimos quando referiam-se aos locais, o que não é a proposta do Centro de Atenção Psicossocial.

Embora muitos familiares utilizem este termo ao mencionar o equipamento, torna-se necessário salientar que o serviço não se configura apenas como um auxílio, mas como uma política pública que é prevista e deve ser garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como definido na Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 2: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990).

A saúde mental, incluída no processo de oferta de bem-estar pela política de saúde, atualmente organiza-se pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como explicado anteriormente. Ou seja, os pontos de atenção da mesma também incluem-se nos serviços, mecanismos e ações ofertados no SUS para garantia do direito à saúde.

O acesso aos mesmos dá-se de forma gratuita, ponto também destacado pelos participantes, visto que torna possível o tratamento do usuário, sem que haja necessidade de destinação de recursos financeiros diretos.

É um recurso, um trabalho social que é dado pelo governo, né? Pra ajudar quem não tem condições de pagar uma clínica particular (Familiar AD - 12, 2025, dados da pesquisa);

Como que a gente vai pagar? A gente não tem como, daí tem esses CAPS, graças a Deus, e tem sido bom, eu acho, hoje mesmo a conversa foi maravilhosa e agora vai ter outras conversas sobre as consequências [...] (Familiar AD - 13, 2025, dados da pesquisa).

Os relatos inferem a centralidade dos CAPS enquanto dispositivos fundamentais da política pública de saúde mental, especialmente para famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica. A gratuidade do acesso configura-se como uma condição concreta para a efetivação do cuidado, uma vez que a impossibilidade de arcar com tratamentos privados poderia resultar na inexistência do acompanhamento.

Considerando o recorte realizado neste estudo, nota-se que uma porcentagem significativa de entrevistados possuem uma baixa renda familiar, fato que reforça a relevância do acesso gratuito a uma política de cuidado, principalmente a um grupo que já possui uma vivência vulnerável.

Em relação ao processo terapêutico ofertado, nota-se que alguns familiares apontam a melhora do quadro clínico dos usuários, o que pode também significar uma melhor relação estabelecida com a família e comunidade. Como explanado pelos participantes de pesquisa:

[...] Eu sempre comento em casa com meu marido, com meu filho, com qualquer uma pessoa, né? Desde que ele se envolveu com esse tipo de droga, né? Eu acho que o CAPS aqui salva a vida da pessoa. Porque, olha, se não fosse o CAPS, não sei o que seria do meu piá, acho que já estava morto faz horas (Familiar AD - 05, 2025, dados da pesquisa);

[...] Então, eu acho que até gostaria que se dependesse de mim, que o (*nome próprio*) viesse um bom tempo pra cá, né? Que antes era muito mais difícil, quando eu não vinha pra cá ainda, sabe? Ali tinha questões, tudo ali, que dava, tipo assim, eles dizem surto nas pessoas, né? [...] (Familiar II - 08, 2025, dados da pesquisa);

Nossa, pra mim, depois que eu levei aqui, ele melhorou bastante. Ele melhorou 100%. Porque ele via vulto, ele falava que falavam mal dele [...] (Familiar II - 14, 2025, dados da pesquisa).

Os depoimentos evidenciam que, ao acessar o equipamento, os usuários tiveram uma melhoria em sua qualidade de vida e em seus sintomas relativos ao sofrimento psíquico. A primeira familiar, vinculada ao CAPS AD III destaca que, a frequência do seu filho no espaço, potencialmente foi essencial para sua vida, considerando que o tipo de substância psicoativa utilizada pelo mesmo poderia ser extremamente danosa.

Ainda, os outros dois relatos, trazidos pelos familiares do CAPS II destacam

a melhora em alterações de comportamento derivadas deste processo, como é o caso das alucinações, relatadas pela Familiar II - 8, ou ainda as ocorrências de surtos, trazidos no último depoimento. Na sequência deste seu relato, o Familiar II - 8 aponta que:

[...] Antes, quando ele se irritava, que ele ficava nervoso, ele não chorava. Ele quebrava todas as coisas dentro da casa, sabe? Quebrava televisão, jogava fogão para fora, panela, essas coisas. Tentou se suicidar umas três vezes, muito sério assim mesmo, sabe? Foi muito difícil, né? [...] (Familiar 8 - II, 2025, dados da pesquisa).

Um dos desafios próprios da família no convívio com o sofrimento mental trazidos na categoria acima, tratou-se dos “momentos de crise e alterações de comportamento”. Conforme destacado por Borba, Schwartz, Kantorski (2008) os sintomas inerentes ao sofrimento mental, por serem imprevisíveis, ocasiona um desgaste ao cuidador.

Soares e Munari (2007) abordam que estas mesmas mudanças no comportamento e existência de sintomas desorganizam a dinâmica e cotidiano familiar, sendo um ponto de preocupação aos familiares que buscam apoio nos serviços substitutivos.

Com isso, quando o CAPS promove um atendimento qualificado, capaz de garantir maior estabilidade ao quadro clínico do sujeito, observa-se também o fortalecimento da relação com a própria família, uma vez que esta vivencia e compartilha o processo de cuidado junto ao usuário.

Ainda assim, ressalta-se que, em determinados contextos, a melhora do quadro encontra-se associada ao uso de medicamentos pelos usuários, aspecto que necessita ser problematizado pelos equipamentos de saúde mental. Nos relatos dos familiares, emergem os seguintes apontamentos:

Olha, eu no meu entender como familiar, eu acho que poderia oferecer mais coisas, porque ele não gosta de vir na terapia, não gosta mesmo. Ele vem porque faz parte do tratamento e precisa do medicamento com o médico né, mas ele não gosta [...] (Familiar II - 10, 2025, dados da pesquisa);

[...] Mas depois que ele veio aqui e começou a tomar os remédios, ele melhorou bastante (Familiar II - 14, 2025, dados da pesquisa).

A partir das verbalizações, nota-se que o uso de medicamentos ganha destaque, sendo que atribui-se a ida ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou

a melhora do usuário em decorrência do uso medicamentoso.

Para tanto, compreende-se que o processo terapêutico aos sujeitos, não deve restringir-se ao atendimento médico ou a prescrição de medicação, considerando que o grande objetivo dos serviços substitutivos está em executar o cuidado visando as múltiplas dimensões da vida humana. Assim como o conhecimento médico têm papel de relevância no cuidado, os demais saberes da equipe multiprofissional são essenciais.

Soalheiro e Mota (2014) discutem acerca do processo de medicalização da vida, marcado pela valorização superdimensionada do saber oriundo e próprio da medicina psiquiátrica, que estabelece um enfoque na solução para diagnósticos pela utilização de psicofármacos.

Uma visão fantasiosa da realidade, onde a doença e a necessidade de remédios seriam permanentemente fabricadas. Os psicofármacos, tornados bens de consumo, passam a serem vistos como uma panaceia para todos os males do espírito, suprimindo as variações de humor, a tristeza, e todo tipo de sentimento agora considerados inadequados (Soalheiro; Mota, 2014, p.81).

Dessa forma, as complexidades inerentes à existência humana e a saúde mental reduzem-se a uma concepção simplista de normalidade a ser alcançada através da ingestão de remédios, proposta que não alinha-se ao modelo antimanicomial. Tal problemática, destaca a necessidade de sensibilização das famílias acerca dos múltiplos aspectos do cuidado, que não limitem-se apenas a esta esfera.

Outra definição trazida acerca do CAPS, foi em relação à inclusão social dos sujeitos e as possibilidades de socialização no espaço, mediante interação com outros indivíduos e participação de atividades. Acerca do tema, observa-se as seguintes verbalizações:

Eu acho que é um lugar para eles mesmo saírem da casa, dar uma passeada, conversar, ver os amigos, conversar, né? [...] (Familiar II - 02, 2025, dados da pesquisa);

[...] E também, como se diz, a convivência dele aqui melhora muito porque em casa ele não sai pra parte nenhuma, então é o único lugar que ele tem assim pra se distrair um pouco, né? (Familiar II - 07, 2025, dados da pesquisa);

O CAPS, eu entendo que é um... um cuidado de pessoa que não sabe se cuidar sozinha. Daí acaba o CAPS tomando conta, passando remédio, fazendo as atividades. Daí, o que eu entendo é isso. E daí, para distrair

eles, quem fica com esse problema, tem que ter uma coisa pra envolver, pra desenrolar a cabeça delas. O que eu entendo que o CAPS é isso aí (Familiar II - 12, 2025, dados da pesquisa).

Nas falas realizadas pelos familiares, nota-se que a sociabilidade e interação do sujeito torna-se um fator relevante no processo de cuidado oferecido pelo serviço, principalmente aos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II).

O público específico que compõem este equipamento, por sua situação de adoecimento mental agravada, pode apresentar dificuldades na inserção em outros espaços de lazer e convívio, o que diminui seu círculo social e convivência comunitária.

Salles e Barros (2013) destacam acerca da importância de se estabelecer redes sociais na vida cotidiana, pois são as mesmas que moldam nossas identidades e experiências. Porém, para a pessoa em sofrimento mental a construção e manutenção destas redes nem sempre é uma tarefa simples, dentro e fora dos CAPS.

Muitas vezes os usuários encontram dificuldades em construir a sua rede de relacionamentos, o preconceito e a falta de opções de engajamento em atividades do contexto social são fatores que podem influenciar negativamente a constituição da rede social. Assim, os usuários podem cair em um ciclo de isolamento em que a falta de amizades gera falta de opções sociais e a falta de opções sociais gera falta de amizades. Consequentemente, muitas vezes os usuários vivem processos que levam à exclusão social (Salles; Barros, 2013, p. 2130).

Nestas circunstâncias, torna-se essencial acionar o papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) junto a comunidade como um todo, a partir de ações que permitam a desconstrução dos preconceitos sociais que ocasionam a exclusão deste grupo. Mesmo que o CAPS possa ser destacado enquanto um local primordial na construção de laços, este não deve ser o único na vivência dos sujeitos em sofrimento mental.

Ainda, em relação à definição dos CAPS, outros familiares trouxeram informações acerca do apoio e orientação oferecidos aos mesmos. Ou seja, destacou-se para além do papel exercido com o próprio usuário, a atuação voltada ao núcleo familiar como um todo, em alguns casos.

É muito bom, eu não tenho absoluta culpa nenhuma porque quando eu ligo

aqui no CAPS, a pessoa que eu ligo, eles me respondem, eles fazem de tudo pelo paciente... Nossa, é um tratamento muito bom aqui, sabe? Como diz, vai do paciente, né? Como diz a parte, como diz o médico faz, o social faz, o psicólogo, o grupo, mas vai mais dele, né? Mas é muito bom mesmo o tratamento, porque eles têm me ajudado bastante. Quando eu chego, desabafo bem, eles têm o que falar, me ajudam nos internamentos, tudo, né? Então, não tem o que falar, são muito bom mesmo (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa);

[...] Eles são bons nesse ponto, eles têm paciência, a gente conversa, eles respondem. Às vezes a gente precisa de alguma coisa, se eles podem, eles resolvem. É assim, o atendimento aqui é muito bom, por todos. Principalmente os médicos (Familiar II - 13, 2025, dados da pesquisa);

Ah, ele auxilia bastante, tira muitas dúvidas pra gente. O atendimento aqui é muito bom, a gente não sai sem um parecer completo. Eles são umas pessoas que eles se doam para aquilo que eles fazem. O trabalho deles é muito bem feito. Todas as perguntas que você faz, no meu caso, todas tiveram respostas e respostas certas (Familiar II - 15, 2025, dados da pesquisa).

Os entrevistados ressaltam em suas declarações à comunicação estabelecida com os equipamentos, a qual possibilita o esclarecimento de diversas questões relacionadas ao usuário. Neste sentido, o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional é enfatizado como positivo e relevante.

A família vivencia uma série de transformações em seu contexto ao deparar-se com o sofrimento mental, período marcado pelo surgimento de angústias, medos, incertezas e, por vezes, irritação. Assim, a existência de um canal aberto junto aos serviços, que permita o acolhimento e a elaboração desses sentimentos e dúvidas, mostra-se fundamental ao longo desse processo.

Apesar de todos os pontos destacados acerca do equipamento no que concerne a sua definição, também foi apontado a necessidade de ampliação das atividades e a dificuldade existente entre a demanda e a infraestrutura da rede. Como explicitado pela Familiar AD - 10 (2025, dados da pesquisa):

Eu acredito que o serviço do CAPS ele vem ao encontro das pessoas que necessitam, porém, não abrange todos os públicos, porque como é uma cidade grande, o número é gigantesco e nem todas as pessoas aceitam ou tem a compreensão de um tratamento [...]

Apesar dos aspectos positivos no funcionamento de ambos equipamentos, também compreende-se que a alta demanda de usuários, somadas as fragilidades estruturais e técnicas dos mesmos, podem fazer com que os serviços atuem de forma fragilizada.

A sua essencialidade no cuidado em saúde mental, interligados a alta

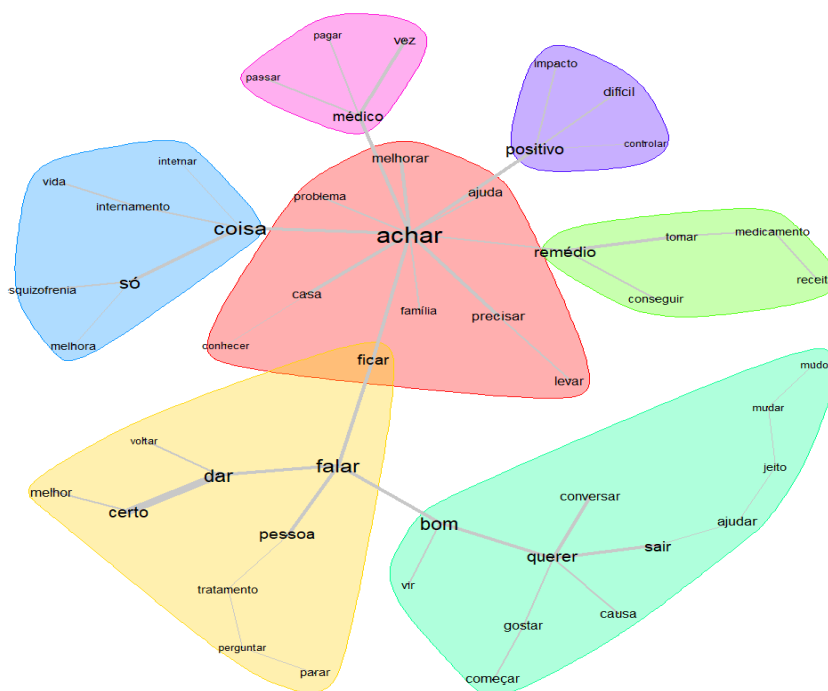
demanda e diversidade de públicos, reforçam a necessidade de seu fortalecimento e ampliação. Nos CAPS constroem-se caminhos para uma vida de maior dignidade e qualidade, fatores primordiais para os grupos e familiares atendidos.

Olha, o CAPS pra mim é uma maravilha, eu não tenho palavra pra agradecer, que talvez se ele existisse, quando a minha filha tava se tratando assim normal, ela ia, ficava internada 15 dias, voltava pra casa, voltava, começou a fazer faculdade. Então se ele existisse naquela época, ela tava viva, entendeu? Pra mim não tem coisa melhor do mundo (Familiar II - 05, 2025, dados da pesquisa).

Entre as falas que evidenciam a necessidade de fortalecimento e consolidação desses mecanismos, sobressai o depoimento da Familiar II – 05, o qual, embora atravessado por uma experiência significativa de perda, revela a potência do cuidado na construção de novas configurações e sentidos para a realidade familiar.

Com isso, o entendimento acerca destes espaços já esclarece em muitos sentidos os impactos promovidos na vida das famílias, porém, também realizou-se este questionamento de forma direcionada. Na figura abaixo (Figura 09) apresenta-se uma análise de similitude acerca das respostas dos entrevistados.

FIGURA 09 - O impacto do tratamento oferecido no CAPS sob a ótica da família: Análise de similitude



Fonte: A autora.

Como observado na imagem o entendimento da família acerca de um impacto positivo prevalece, sendo que surgem alguns motivos similares à definição no momento desta explanação. À exemplo, muitos familiares citaram novamente a melhora do quadro clínico do usuário enquanto um fator impactante no grupo familiar.

Principalmente, os entrevistados do CAPS AD III, apontaram uma melhora ou abandono do uso abusivo da substância psicoativas, o que pode significar uma atenuação em comportamentos extremos e no envolvimento em situações de risco decorrentes da dependência. Nos relatos, destacam-se os seguintes:

Melhorou. Melhorou. 100%. Antes de começar a vir, que ele pegou o medicamento, já parou com as bebidas que ele tomava. Chegou a hora do remédio, ele já vai e toma. Tá 100% (Familiar AD - 02, 2025, dados da pesquisa);

É, porque enquanto ele não começou a vir aqui, não fazia nada. Daí era só, que nem diz o caso, usar droga e acabou. Não fazia nada. Daí, como ele concordou de vir, tive que forçar a barra, mas ele concordou de vir. Não sei o que tanto eles ouvem lá dentro, mas ele comenta. Foi falado isso, foi falado aquilo. Mas eu acho que tá sendo bom (Familiar AD - 03, 2025, dados da pesquisa);

Ah, ele tá sendo positivo porque diminuiu bastante a bebida, né? E o uso de drogas parou. E, tipo, tá sendo bem bom, assim (Familiar AD - 07, 2025, dados da pesquisa).

Nas verbalizações, nota-se que os familiares destacam o gradativo abandono do uso, a partir do início do tratamento oferecido pelo CAPS. Através da redução de danos, estratégia no qual os serviços substitutivos alinham-se, o incentivo para o não-consumo torna-se parte de um processo, visto que a abstinência total imediata nem sempre mostra-se como a proposta mais adequada e autônoma na realidade dos sujeitos.

Dessa maneira, ainda que o uso não seja interrompido imediatamente, o fato de um acompanhamento qualificado representa ao sujeito maior segurança e esclarecimento acerca das reverberações das substâncias. Este impacto reflete-se gradativamente na família, que ao constatar a construção de novos hábitos na vida do indivíduo, também têm uma melhora em sua sobrecarga.

O mesmo constata-se no CAPS II, ainda que com traços diferentes. O tratamento é apontado enquanto um fator atenuante na melhora de sintomas e comportamentos inerentes ao sofrimento mental, como observado nos depoimentos abaixo:

Ajudou muito, ajudou muito, muito. Eu não sei o que eu ia fazer sem ele, sabe? Não sei. Mas eu paro e me pergunto o que eu ia fazer se eu não tivesse esse tratamento, né? Então ajudou muito, né? O médico é muito bom também, tanto um como o outro. E ele, o pessoal tudo aqui também atende da melhor forma possível (Familiar II - 05, 2025, dados da pesquisa);

É positivo, porque se não tivesse aqui, ia ser meio difícil. Como ele é esquizofrênico, é duro de lidar. Se não tiver remédio, não controla mesmo, não adianta você pensar, dizer que vai controlar e não controla [...] (Familiar II -07, 2025, dados da pesquisa);

É, tô vendo melhora. Nesse tempo aí, muito melhor. E o tempo que eu trouxe aí, ela tava feia. Ainda bem que deu certo (Familiar II - 13, 2025, dados da pesquisa);

Tá positivo, tá bem melhor, bem melhor (Familiar II - 14, 2025, dados da pesquisa).

Ainda que não seja explicitado de forma direta como a melhora observada nos usuários do CAPS AD III e do CAPS II repercutem no contexto familiar, é possível inferir a existência de uma relação direta entre a qualidade de vida do usuário e a qualidade de vida de seu núcleo familiar.

A partir de uma compreensão mais qualificada do adoecimento mental e de um cuidado mais direcionado, sobretudo em casos de maior gravidade, como a esquizofrenia, as relações e dinâmicas familiares tendem a tornar-se menos conflituosas e desgastantes.

Além disso, as ações desenvolvidas pelo serviço substitutivo possibilitam ao usuário a ampliação de outras redes de apoio e o desenvolvimento de maior autonomia, aspectos que contribuem para a suavização da rotina de cuidado vivenciada pelo familiar cuidador.

Neste sentido, quando o indivíduo adere ao tratamento, emerge no âmbito familiar um sentimento de esperança em relação à trajetória de vida do sujeito. Conforme destacado pela Familiar AD - 12 (2025, dados da pesquisa): “Eu acredito que só de ele vir, dele estar ali perto de nós, já é uma boa coisa, né? Uma esperança muito grande. Eu estou esperançosa que vai dar certo”.

Cabe destacar que, o desconhecimento acerca da política pública ou os processos de estigma vivenciados na vida do sujeito em sofrimento psíquico e sua família, podem ser geradores de uma busca tardia por um tratamento adequado, fazendo com que todos envolvidos neste ciclo enfrentam esta problemática em âmbito interno.

A esperança ao encontrar um local adequado para o cuidado terapêutico pode representar a ressignificação familiar acerca de suas vivências e experiências

com o usuário.

Em contrapartida, outros familiares apontam que não há impacto em razão da não-identificação da melhora do sujeito. Com isso, os discursos apresentados revelam um desgaste nas relações familiares, e ainda dificuldade de compreensão acerca do processo terapêutico vivenciado nos CAPS.

Não, porque ele não se ajuda. Ele não se ajuda. O (*nome próprio*) não se ajuda. Eu só tenho paz quando ele tá internado. Daí eu tenho um pouco de sossego. Que daí, quando o médico consegue caminhar ele pro internamento, né? Mas, senão, não [...] (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa);

Não, não teve nenhum impacto, nenhum. Impacto se diz 'nossa, ele vai mudar, ele mudou, nossa, faz seis meses que ele está lá e mudou, mudou o jeito dele'. Não muda, não adianta, não muda. A pessoa que é esquizofrênica é difícil mudar [...] (Familiar II - 06, 2025, dados da pesquisa).

A partir do depoimento do Familiar II - 06, nota-se que em casos de maior agravamento da saúde mental, a família acaba por adaptar-se às formas de comportamento e comunicação do sujeito. Tal fator, pode ser compreendido como uma estratégia construída no cotidiano para lidar com a condição presente em suas vivências.

Este movimento pode revelar uma tentativa de manutenção dos vínculos e de redução de conflitos, contudo, essa adaptação também pode produzir efeitos ambíguos, uma vez que, ao mesmo tempo em que viabiliza a convivência, pode contribuir para a naturalização de determinadas dinâmicas de dependência e para a sobrecarga familiar.

Dessa forma, essa questão evidencia a importância de um trabalho contínuo com as famílias, que possibilite a compreensão dos efeitos positivos e dos limites da adaptação ou da reatividade desenvolvidas em resposta ao sofrimento mental do sujeito.

Ainda, no depoimento fornecido pela Familiar AD - 08, têm-se uma afirmativa acerca do internamento por parte dos usuários, cabendo destacar que em diversos diálogos estabelecidos com familiares do CAPS AD III, a temática da internação psiquiátrica emergiu de forma recorrente.

Conforme organizado a partir do diálogo, nota-se que de 13 familiares entrevistados no local, sete já relataram que o familiar passou por pelo menos um processo de internamento.

A internação psiquiátrica de pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas, tende a ser encarada pelas famílias que vivenciam esta situação como uma possibilidade de recuperação do indivíduo, por meio do tratamento pautado na abstinência. Além disso, presume-se a possibilidade de contenção do sofrimento, proteção (ao sujeito ou a própria família) e/ou de alívio temporário da sobrecarga do cuidado.

Dessa forma, no imaginário familiar o processo de internação pode apresentar pontos mais positivos que negativos, quando visto superficialmente. Todavia, compreende-se que, apenas por meio dos serviços substitutivos, que são extra-hospitalares e territoriais, o sujeito é capaz de ser acolhido em suas múltiplas dimensões, e não apenas para contenção do uso ou seu isolamento.

Ainda, têm-se nos debates atuais do movimento antimanicomial, indagações ao processo de internação, principalmente a compulsória ou involuntária, visto que em alguma medida estes mecanismos possuem questões dissonantes dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os tratamentos baseados na internação fechada de longo prazo identifica nesse sujeito a ausência da ordem estabelecida e traz de volta os modelos de tratamento inspirados nas concepções jurídico-moral ou biomédica, ou ainda a junção das duas, como possibilidade moduladora da disciplina necessária ao domínio da razão social configurada. Sem grades e sem eletrochoques, equipamentos típicos do sistema disciplinar, novos espaços de cuidado em regime de internação fechada são constituídos e exercem novas modulações na vida do sujeito (Assis; Barreiros; Conceição, 2013, p.592).

A problematização destes recursos não deve ser encarada enquanto uma forma de culpabilização das famílias, mas sim fomentar processos de sensibilização comunitária acerca dos dispositivos ofertados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de que maneiras esses podem ser fundamentais no cuidado em saúde mental.

Outra citação, que compôs tanto a definição do equipamento, quanto o entendimento do impacto familiar tratou-se da questão da socialização e inclusão social. No relato fornecido pelo Familiar II - 03, o mesmo aponta que “Não, ele é positivo. Ele tem impacto, A (*nome próprio*) de alguma forma ela está sendo incluída” (2025, dados da pesquisa).

Este fato, reforça a preocupação familiar com os processos de exclusão e estigma social, que tornam-se mais suavizados quando o indivíduo frequenta os

CAPS. Além disso, a socialização nestes espaços pode ser um incentivador para que o usuário construa (e reconstrua) redes de apoio, estabeleça diálogos mais abertos com a família e reconquiste hábitos de convívio social.

Na minha opinião, eu acho que ele está melhorando, tá ajudando bastante, sabe? Ajudando bem. Um é que, que nem antes que ele não saía de casa de jeito nenhum, pelo menos aqui, ele gosta de vir aqui, né? Porque ele acha que é uma coisa que é bem pra ele mesmo, pra fazer, né? Então, eu acho que é muito bom, isso daí ajuda bastante (Familiar II - 08, 2025, dados da pesquisa);

Sim, sim. Ele é outra pessoa, né? Mesmo que ele não goste né? Alguma coisa, ele leva daqui da terapia, do tratamento, e como eu falei pra você, antigamente ele abandonava os tratamentos por não ter ninguém, né? Que não, você vai, você tem que ir, é importante, né? Então, eu acho que ele melhorou bastante, até a família dele fala né, ficou mais amoroso com a família e tudo, né? Mas é assim (Familiar II - 10, 2025, dados da pesquisa);

Ficou mais bom porque eles ficam mais, assim, falam mais, né? Quer sair mais, porque essa gente que tem esse problema eles ficam, não querem sair de casa, não quer conversar com ninguém, nem com os parentes, não querem conversar. E depois que começou a vir no CAPS, gostam de conversar (Familiar II -12, 2025, dados da pesquisa).

Como apontado pelo Familiar - 08, a frequência de seu familiar no CAPS, oportuniza com que o mesmo saia de sua residência, fato que não ocorria anteriormente, o que pode inclusive intensificar os processos de adoecimento mental. Ou ainda, o segundo relato fornecido, que destaca um melhor convívio do sujeito com sua família a partir do engajamento no tratamento.

Na contramão do isolamento, a possibilidade de estabelecer laços afetivos torna-se um fator chave na manutenção da saúde mental. São estas redes e relações que permitem a emancipação e autoconfiança para um grupo que enfrenta cotidianamente a exclusão social. Além disso, são estes que aproximam a comunidade, de forma geral, a combater seus estigmas e preconceitos acerca da pessoa em sofrimento psíquico (Salles; Barros, 2013).

É justamente a convivência na comunidade que favorece a formação de relacionamentos, e é a partir destas experiências positivas que a sociedade poderá transformar as suas concepções sobre o adoecimento mental, e criar um contexto mais favorável para a inclusão social da pessoa com transtorno mental (Salles; Barros, 2013. p.2137).

Para a família, isso representa a possibilidade de acompanhar o sujeito no processo de construção de sua própria vida, incluindo o desenvolvimento de suas

experiências, vínculos e relacionamentos, que gradativamente ressignificam sua vivência social.

Ademais, um último depoimento trazido reflete que, ainda que sejam levantados aspectos positivos em relação aos CAPS e seu impacto familiar, há também ressalvas a serem feitas acerca do equipamento. Conforme o depoimento trazido pela Familiar II - 9 (2025, dados da pesquisa):

Ah, então, eu acho que ajuda, sim, só que talvez, às vezes, precisa melhorar um pouco a organização, como funciona, como que os médicos vão relatar realmente o que o paciente tá passando, se tem mesmo realmente um acolhimento da pessoa ali. Eu acho que é mais um pouco por falta da organização do CAPS mesmo, mas em geral eu não vejo problemas.

A partir deste, torna-se possível inferir que o serviço substitutivo é reconhecido como um espaço que produz efeitos benéficos, mas que ainda apresenta desafios no que refere-se à organização do cuidado, à comunicação com a família e à efetivação do acolhimento.

Para tanto, este relato torna-se relevante, à medida que evidencia a importância da família como observadora crítica do processo terapêutico e reforça a necessidade de qualificação contínua dos serviços para fortalecer o vínculo, a transparência e a corresponsabilização no cuidado em saúde mental.

Ademais, as discussões realizadas na presente subcategoria, que focaram-se no entendimento da família acerca do equipamento e do impacto gerado pelo mesmo, são essenciais para compreender inicialmente as experiências do núcleo familiar na atenção psicossocial especializada.

A partir do entendimento citado, nota-se que os entrevistados compreendem o serviço enquanto sendo um importante espaço para promoção de cuidado na saúde mental, realizado por equipes qualificadas. Esta importância também se reflete na inclusão social do sujeito e na construção de melhores vivências para as famílias.

Ainda assim, cabe destacar que, as problemáticas que surgiram, como a incompreensão da política pública de saúde mental ou a priorização da medicalização no tratamento, tornam-se pontos a serem refletidos pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No que diz respeito ao impacto, os discursos são igualmente positivos, sendo relatado acerca da melhora do quadro clínico dos sujeitos e seu melhor

convívio social. Todavia, nota-se que, centralmente, a família parte da vivência do sujeito, não destacando com tanta ênfase quais seriam estes reflexos para o grupo familiar.

Este aspecto pode indicar que a mesma tende a avaliar o impacto do tratamento prioritariamente a partir das mudanças observadas no usuário em acompanhamento, colocando em segundo plano a reflexão sobre os efeitos desse processo em sua própria dinâmica, organização e saúde emocional. Não há um reconhecimento significativo desta enquanto um sujeito no processo terapêutico, sendo ainda reforçado a papel de cuidadora ou acompanhante.

Na sequência, a próxima subcategoria busca explorar acerca de quais estratégias e ações são identificadas nos CAPS, que permitem a construção de espaços de protagonismo para a família e a possibilidade de um cuidado compartilhado.

3.2.2 Relação entre CAPS, família e usuário: Identificando estratégias e ações de cuidado compartilhado

As relações estabelecidas entre os serviços substitutivos, a família e o usuário são essenciais para a construção do processo terapêutico, organizado subjetivamente por múltiplas ações e atividades.

A partir desta relação, torna-se possível a construção de um cuidado compartilhado, que permite com que o indivíduo tenha tanto o apoio profissional através de uma rede de serviços ampla, quanto de sua família, por meio dos laços de apoio.

Para que este cuidado compartilhado se efetive, torna-se essencial considerar duas questões inerentes às redes de atenção à saúde (RASs), sendo a primeira delas a transversalidade e comunicação entre os diferentes pontos de atenção, serviços e políticas públicas. Ou seja, o primeiro passo trata-se deste compartilhamento entre a própria rede, observando que, o cuidado ao sujeito não deve limitar-se apenas a um espaço.

Já a segunda questão, a qual retrata esta discussão, refere-se a ênfase dada ao cuidado em uma RASs, que necessita ser essencialmente colaborativa, tornando o indivíduo e sua família parte ativa do processo terapêutico (Mendes, 2011). Para tanto, entende-se a família enquanto uma agente na

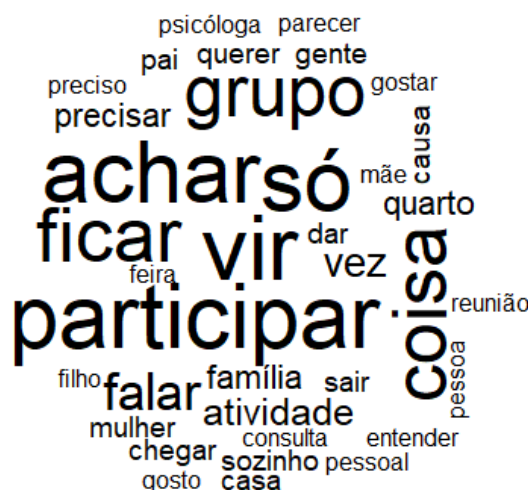
corresponsabilização do cuidado, mas que também transforma-se em uma usuária dos serviços ao longo deste processo.

Com isso, a construção dos vínculos entre os CAPS e os familiares, buscando o compartilhamento do cuidado, faz-se através de ações e atividades concretas, que acolham, sensibilizem e escutem a família, que por vezes, encontra-se fragilizada.

Conforme destacado por Schrank e Olschowsky (2008) uma relação compromissada entre estas três figuras (família-usuário-serviços) exige a construção e fortalecimento do vínculo, por meio de intervenções que tornem a parceria algo possível e concreto.

Dessa forma, foi questionado aos participantes de pesquisa acerca destas intervenções e espaços existentes nos CAPS, que permitissem a participação da família, junto ou separadamente dos usuários. A nuvem de palavras abaixo (Figura 10), sistematiza os principais termos trazidos para o diálogo.

FIGURA 10 - Existência de espaços no CAPS para participação da família: Nuvem de palavras



Fonte: A autora.

Inicialmente, observou-se que não são múltiplas as ações para inserção das famílias nos CAPS. Ainda que, palavras como “vir”, “participar” e “grupo” tenham surgido nos relatos, destacam-se que eles têm outros significados, não representando diretamente a inclusão destes núcleos no processo de cuidado.

A existência de grupos para participação das famílias não era uma realidade de ambos os CAPS. À exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) no período das entrevistas estava com o grupo familiar desativado. Conforme destacado pela Familiar AD - 06 (2025, dados da pesquisa):

Parece que agora, pelo que eu soube, eles estão com dificuldades, assim, não tem todas as atividades, né, tipo psicólogo não tem, então tem algumas atividades que não estão acontecendo por questão de corte de verba, de número de pessoas disponíveis, né? [...]

A inexistência do grupo foi atribuída pela entrevistada dada as dificuldades vinculadas aos recursos humanos e financeiros, o que pode dificultar o desenvolvimento de atividades por parte dos equipamentos. Ainda assim, considera-se que estes espaços são extremamente importantes para gerar o acolhimento e escuta ativa das famílias.

Santin e Klafke (2011) apontam em relato relativo aos grupos familiares como estes podem tornar-se espaços de trocas de experiências, para pessoas que passam por situações similares compartilhem seus problemas, e consequentemente ampliem sua capacidade em lidar com os mesmos.

Machado e Rodrigues (2017) ao discutirem acerca de uma experiência do mesmo gênero no CAPS, destacam que a implementação destes grupos apresenta retornos visíveis, visto que, os laços entre a equipe e as famílias são fortalecidos com tal ação.

Neste sentido, entende-se os grupos como especiais intervenções que permitem o acolhimento e sensibilização do núcleo familiar em múltiplos sentidos, através da ação coordenada por parte da equipe e do diálogo aberto que é estabelecido.

A ausência destas ações nos espaços, pode representar um distanciamento dos núcleos familiares, que dirigem-se aos locais apenas como acompanhantes dos usuários. Em depoimentos realizados pelas familiares do CAPS AD:

Não, não tem nem mais nada, antigamente tinha uma psicóloga aqui, ela tava fazendo assim, pra dar apoio pros pais, né? Porque não é só eu que passo pelo meu filho, porque aqui é lugar pra essas pessoas mesmo. Ela tava fazendo um grupo pros pais, sabe? À tarde, cinco horas da tarde, pra perguntar como o paciente ficou na semana, no dia, né? Mas daí ela saiu, acho que acabou tudo. Eu acho que era preciso, porque não é só os filhos, é preciso os pais também, a cabeça, o psicológico da gente, que se bate bastante, né? E aí acabou (Familiar AD - 08, 2025, dados da pesquisa);

Então, eu achava, a princípio, quando eu vim, eu achava, não, ele vai fazer acompanhamento em grupos terapêuticos com a comunidade, individual, onde a família vai participar. No entanto, não foi isso (Familiar AD - 10, 2025, dados da pesquisa).

Na primeira verbalização, a existência de um grupo voltado a família foi destacado pela entrevistada enquanto um fator positivo no período de execução, já que torna-se um momento para os pais compartilharem suas vivências, que muitas vezes são semelhantes junto aos usuários. A necessidade da implementação dos grupos para familiares é apontada pela entrevistada como uma possibilidade de apoio aos cuidadores.

Enquanto, a segunda fala aborda uma quebra de expectativas em relação à participação familiar em grupos terapêuticos promovidos durante o percurso terapêutico do sujeito. Esta questão pode criar ruídos entre a família e a equipe, visto que, ao não se sentir acolhida, o fortalecimento desses laços tornam-se mais difíceis.

Contudo, ainda que não tenham sido destacados a participação em momentos próprios da família, em depoimentos foram descritos a participação em espaços coletivos junto aos usuários. Principalmente no CAPS AD III, alguns familiares apontaram a possibilidade esporádica em participar dos mesmos, conforme orientação da equipe.

Consigo. O dia que eu venho com ele aqui, eles mandam eu entrar lá pra participar: 'Ah, hoje a família pode entrar'. Daí eu entro, participo, eu aprendo muita coisa, sabe? Aprendo e guardo pra mim pra um dia se eu precisar, eu já sei, né? Se eu precisar, eu já "oh". Ah, eu escutei lá na reunião, eu vou (Familiar AD - 01, 2025, dados da pesquisa);

Não, acho que foi mês retrasado, se não me engano, que teve uma sessão de cinema, Um filme, pra abordar alguma coisa de clínica psiquiátrica, essas coisas, sabe? Mas só, ela deixou eu entrar com ele (Familiar AD - 07, 2025, dados da pesquisa).

A inserção das famílias nestes momentos configura-se como uma estratégia pontual de aproximação e corresponsabilização no cuidado, possibilitando não apenas o acesso a informações, mas também a construção de aprendizagens. Ainda assim, por ser esporádica e mediada pela autorização da equipe, entende-se que os núcleos familiares não possuem um espaço contínuo de escuta e trocas no equipamento.

No CAPS II, apesar da ocorrência de um grupo voltado para a família, nenhum dos entrevistados destacou estar ativamente envolvido no mesmo. Ou seja, em ambos os CAPS, os entrevistados não compunham um grupo específico ao núcleo familiar, seja pela inexistência, desconhecimento ou impossibilidade em participar.

A questão do desconhecimento de atividades voltadas ao núcleo familiar surgiu com bastante frequência em ambos pontos de atenção, o que pode sugerir preliminarmente uma comunicação descontinuada entre a família e os serviços substitutivos. Conforme relatado pelos entrevistados:

Olha, antes que eu conversava muito com o pessoal aqui do CAPS, até tinha, mas agora eu já não sei mais, porque agora eu não tô. Porque eu cheguei e ia, quando o CAPS era lá atrás do marista, sabe? Lá pra lá, que não tinha aqui ainda, e eu ficava lá no grupo lá (Familiar AD - 05, 2025, dados da pesquisa);

[...] Pois é, eu não sei se tem (Familiar AD - 09, 2025, dados da pesquisa);

Não, não. Eu não participo de nada. Eu só venho acompanhante dele. Não tenho certeza. Ouvi alguém falar que tem grupos da família, mas só que eu não venho (Familiar II - 04, 2025, dados da pesquisa);

Na verdade, como é que eu te explico assim? Ainda estou sabendo meio poucas coisas a respeito desses assuntos, sabe? Que parece que tem, né? Umas atividades, umas coisas para participar aqui, né? Mas até agora, se eu dizer para você mesmo assim, como é que eu posso te explicar? Eu sei que tem, mas eu não estou bem por dentro das coisas, das atividades (Familiar II - 08, 2025, dados da pesquisa).

Os depoimentos fornecidos pelos participantes da pesquisa, reforçam uma problemática entre a família e o cuidado oferecido pelos serviços substitutivos, que refere-se a baixa apropriação das atividades e ações realizadas nestes locais. A desinformação acerca do funcionamento e formas de participar nos CAPS pode revelar uma relação fragilizada desta política pública com as demandas inerentes à família.

Como destacado pela Familiar II - 04, a família ocupa o papel de acompanhante do usuário, visto que, além de desconhecer estes espaços, por vezes também desconhece a importância de seu próprio acolhimento e cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A mesma não se reconhece, e não é sensibilizada a se reconhecer enquanto um agente ativo nos serviços substitutivos, e não apenas como um alicerce aos sujeitos em sofrimento mental.

Cabe destacar que, este processo de sensibilização junto às famílias, pode tornar-se o ponto de maior desafio aos serviços, mas é, ao mesmo tempo, a melhor forma de agregar a família no processo terapêutico, incluí-la na corresponsabilização do cuidado e acolhê-la em suas demandas.

É por meio desta aproximação sucessiva, que se constroem vínculos de confiança, que revertem-se “em caminhos menos sofridos, menos estigmatizados e mais partilhados para inventar novos modos de atenção em saúde mental (Schrank; Olschowsky, 2008, p.131).

Para isso, o primeiro passo torna-se o compartilhamento das ações e atividades, fazendo com que o familiar sinta-se parte integrante do cuidado. Tal questão, pode ocorrer de diferentes formas, seja através da apresentação das atividades no primeiro acolhimento, no momento de espera do cuidador ou ainda, por meio de orientação individual.

Outro fator que surgiu no questionamento acerca dos espaços de participação foi em relação ao desinteresse ou impossibilidade de participar das atividades. Acerca deste primeiro fenômeno, compreende-se que nem todos os núcleos familiares compreendem como necessário esta aproximação com o equipamento.

Não. Porque não adianta eu participar de um grupo de família. Cada um tem o seu problema dentro de casa. Eu tenho o meu. Não adianta eu saber do problema de uma outra pessoa se eu tenho que resolver ou tentar resolver o meu. Eu não vou resolver de outra pessoa. Quem vai resolver é o psiquiatra (Familiar II - 06, 2025, dados da pesquisa).

Este desinteresse pode fazer-se presente quando a família não reconhece os espaços coletivos como dispositivos de apoio e corresponsabilização, mas percebe-os como pouco eficazes frente às demandas individuais vivenciadas no cotidiano doméstico.

No depoimento apresentado, a participação no grupo familiar é compreendida como irrelevante, uma vez que o sofrimento é entendido como particular e a resolução do problema é atribuída ao saber médico psiquiátrico. Esta compreensão revela uma concepção individualizada do cuidado, na qual a troca de experiências entre famílias não mostra-se como potencial geradora de acolhimento, apoio mútuo ou fortalecimento dos vínculos com o serviço.

Em relação a impossibilidade de participar em momentos coletivos, compreende-se que as famílias possuem dinâmicas próprias, as quais são atravessadas por rotinas de trabalho, atividades domésticas e outras responsabilidades, que levam ao desgaste ou inviabilidade na participação. Dentre as verbalizações que reforçam tal inferição estão:

[...] Eu não venho porque, na verdade, eu não posso. Tem esse filho lá mais novo, que é muito apegado a mim, sabe? É muito assim, ele não gosta que eu saia, sabe? Se eu saio, ele fica transformado, sabe? De nervoso que ele fica, né? Então, eu não venho por causa disso, né? Que ele precisa muito de mim, né? Eu fico lá, sabe? (Familiar AD - 01, 2025, dados da pesquisa);

Eu até ainda não perguntei sobre isso. Um dia que eu não sei bem quem que é a mulher, tava comentando aqui. Falou, né, de umas coisas, uns espaços que tem ali. Mas pra mim vir só eu, né, difícil deixar os dois lá. E daí pra ele vir, ele não vem (Familiar AD -03, 2025, dados da pesquisa);

No momento não. Bom, no momento eu não posso, né? Não tenho como vir, né? Porque daí eu tenho que ficar cuidando dele lá e tudo, né? Mas se tivesse tempo, né? Eu viria [...] (Familiar II - 07, 2025, dados da pesquisa);

Não, não cheguei a participar, porque eu venho só no período que ele está em atendimento, com outro tempo eu não teria pra participar de nada. Então, não me propus a pesquisar se tinha mais coisa né? Pra fazer (Familiar II - 10, 2025, dados da pesquisa).

Dentre os três depoimentos apresentados, observa-se que todos foram proferidos por mulheres que assumem o cuidado de um ou mais membros da família, condição que pode dificultar ou mesmo inviabilizar sua presença no equipamento.

Conforme discutido anteriormente, a dimensão de gênero no cuidado mostrou-se como um elemento latente ao longo da pesquisa, evidenciando uma problemática relevante, uma vez que justamente o grupo mais sobrecarregado e fragilizado é também aquele que encontra maiores obstáculos para participar dos espaços coletivos.

Neste sentido, torna-se fundamental acionar outras estratégias de intervenção junto às famílias, que possibilitem a inserção e o diálogo com aquelas que não conseguem participar de forma mais contínua ou efetiva, o que pode representar o alcance de um grande público.

Em relação a outras estratégias e intervenções, que não apenas os grupos para familiares, entende-se que existem diversas propostas que fomentam a

inserção deste grupo nos equipamentos de saúde mental. Dentre outras atividades trazidas nos depoimentos estão:

Minha mãe já participou do acolhimento, ela acompanha a minha avó, eu lembro disso. Mas acho que mais do que isso não, eu não lembro (Familiar II - 09, 2025, dados da pesquisa);

Eu vim aqui na reunião, vim na festinha. Eu vim com ela (Familiar II - 12, 2025, dados da pesquisa);

Não, não. Não cheguei. Não cheguei a participar de nada. Só num... Não sei se era uma reunião. É um negócio que tinha, uma reunião que tinha uma vez eu participei também. Que era pra tudo os familiar. Eu participei (Familiar II - 13, 2025, dados da pesquisa).

A participação no acolhimento, citado na primeira verbalização, pode ocorrer nos momentos de atendimento individualizado, tanto do usuário quanto de seus familiares, seja para orientações específicas ou para a pactuação do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A inserção da família no PTS tem grande relevância, considerando que esta geralmente é o núcleo de maior proximidade com o sujeito, além de representar sua rede social mais imediata.

Esta importância não implica a necessidade de presença familiar em todos os atendimentos individuais direcionados à pessoa em sofrimento psíquico, uma vez que é fundamental respeitar sua autonomia e os processos de emancipação no cuidado.

Já no que refere-se a outras atividades, como reuniões, comemorações em datas festivas ou a participação em assembleias, observa-se que estes se configuram como importantes espaços de socialização com as famílias, possibilitando o contato coletivo, sem que, necessariamente, haja a constituição de um grupo.

A referenciação destas outras estratégias e ações por parte dos entrevistados, demonstram que, o acolhimento, atenção e participação vinculada às famílias, não resume-se ao desenvolvimento dos grupos próprios, mesmo que estes tenham pertinência enquanto espaços de compartilhamento e diálogo entre os cuidadores e equipe multiprofissional.

Dessa forma, a fim de apreender estas outras intervenções também buscou-se coletar os dados acerca do atendimento oferecido no CAPS AD III e CAPS II. O número de atendimentos dos locais, que podem compor a participação

da família de forma mais direcionada encontram-se organizadas no quadro abaixo (Quadro 10):

QUADRO 10 - Número de atendimentos ofertados entre janeiro e novembro de 2025 no CAPS AD III e CAPS II

EQUIPAMENTO	TIPO DE AÇÃO	NÚMERO DE ATENDIMENTOS
CAPS II	Visita domiciliar	217
	Atendimento à família	1565
	Atendimento em grupo	5748
CAPS AD III	Visita domiciliar	111
	Atendimento à família	1398
	Atendimento em grupo	3846

Org. A autora.

A visita domiciliar trata-se de uma das atividades desenvolvidas que podem compor o atendimento ao núcleo familiar, considerando em como a mesma executa-se. Esta pode ser definida como uma prática profissional, investigativa ou de atendimento, organizada por meio da interação entre vistador e vistado, a partir da execução de diferentes técnicas como a observação, a entrevista e a história ou relato oral (Amaro, 2007).

A mesma é realizada por diversos segmentos profissionais, sejam juntos ou separadamente, sendo uma técnica que permite com que haja aproximação com o meio social e familiar do sujeito, tornando possível apreender os elementos centrais de sua realidade (Amaro, 2007).

Nos serviços substitutivos, a prática pode ser direcionada ao sujeito ou ao seu núcleo familiar como um todo. Schrank e Olschowsky (2008) apontam que a visita domiciliar traduz-se no acolhimento da família e do usuário e seu meio, além de ser pertinente por muitas outras justificativas.

Além disso, é uma atividade em que a equipe também pode utilizar para identificar as famílias que não participam das atividades do CAPS ou que demonstram dificuldades em cuidar do usuário, oportunizando uma aproximação que possa gerar um trabalho conjunto entre equipe e família, constituindo-se, desse modo, como uma estratégia para buscar a parceria da família no cuidado. Através das visitas domiciliares, os profissionais têm a oportunidade de fundamentar suas intervenções com base na realidade

experienciada juntamente com a família (Schrang; Olschowsky, 2008, p.132).

Neste sentido, em ambos equipamentos pode-se observar a utilização deste instrumental, ainda que o número de atendimentos nesta modalidade seja maior no CAPS II.

Em relação aos atendimentos à família, que também surgem nas atividades dos equipamentos de saúde mental, tem-se que estes representam um importante momento de apoio familiar, através do atendimento por parte dos profissionais da equipe, que podem ter diferentes finalidades.

À exemplo, o diálogo estabelecido pode ter como objetivo o esclarecimento de comportamentos, sintomas, tratamentos, bem como do uso de psicofármacos e de seus possíveis efeitos colaterais, possibilitando que a família seja instrumentalizada para lidar de forma mais qualificada com as situações vivenciadas (Borba; Schwartz; Kantorski, 2008).

Ou ainda, esse momento pode configurar-se como uma oportunidade para a apresentação das demandas familiares, como a solicitação de auxílio para transporte público, o encaminhamento do usuário para outros componentes da rede de atenção, a vinculação da família a outras políticas públicas, entre outras necessidades.

Além disso, o atendimento individual à família também pode constituir-se como um espaço de escuta e compartilhamento de sentimentos e reações decorrentes do convívio com o sofrimento mental e da sobrecarga associada ao cuidado.

Para tanto, faz-se necessária uma equipe articulada, capaz de compreender o momento oportuno e a forma adequada de atuação de cada profissional. Os atendimentos realizados por enfermeiros, assistentes sociais, médicos e psicólogos possuem o objetivo comum de acolher a família, entretanto, a cada categoria cabe a singularidade de sua intervenção frente a demandas específicas.

Tanto no CAPS AD III quanto no CAPS II, esses atendimentos apresentam números semelhantes, configurando-se como um importante instrumento na construção e fortalecimento da relação entre a equipe dos serviços e os núcleos familiares.

Por fim, o atendimento em grupo descrito nas modalidades e que possui o maior número de atendimentos no quadro, considerando a natureza da atuação dos

CAPS, pode contar com a participação de forma central ou secundária da família, como apresentado nos depoimentos.

Ou seja, a família pode possuir um grupo próprio, como ocorre no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), ou fazer parte de momentos esporádicos nos grupos dos usuários, como ocorre no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS III).

Neste contexto, reforça-se a importância de momentos coletivos desenvolvidos para as famílias e não apenas exclusivamente voltado aos usuários dos serviços.

Ademais, conforme discutido na presente subcategoria, observa-se que a família ainda possui poucos espaços para participação e acolhimento nos serviços substitutivos. Este fator pode ser ocasionado por diversos motivos, como a ausência de recursos financeiros e humanos, a falta de capacitação da equipe para o desenvolvimento de tais atividades, a dificuldade na sensibilização por parte da família etc.

O fato é que, a ausência destes espaços demonstra a fragilidade existente nos serviços substitutivos na inclusão da família, para além de seu papel de acompanhante e informante, mas sim, enquanto um sujeito que necessita estar englobado no processo terapêutico.

Em consonância com a subcategoria anterior, nota-se que o impacto observado pela família, ainda é destacado na atuação realizada com o usuário, enquanto, a atuação voltada a família ocupa um papel periférico na atenção desenvolvida por esta política pública. Estes dados são reforçados pelas inferências encontradas ao longo das verbalizações da categoria, sintetizadas no quadro abaixo (Quadro 11):

QUADRO 11 - Síntese da segunda categoria explorada

(continua)

Categoria geral: A relação entre CAPS, família e usuário e o potencial do serviço substitutivo na promoção do cuidado integral ao usuário e na inclusão da família no processo terapêutico.	
Subcategoria 01: Focada nas potencialidades dos CAPS na promoção do cuidado e o impacto gerado nos núcleos familiares.	Subcategoria 02: Focada nas estratégias, mecanismos e ações dos CAPS voltadas aos grupos familiares.
Principais inferências: - CAPS enquanto um espaço que oferta tratamento qualificado com	Principais inferências: - Inexistência ou não-adesão aos grupos voltados exclusivamente para a família;

QUADRO 11 - Síntese da segunda categoria explorada

(conclusão)

Principais inferências:	Principais inferências:
possibilidade de gerar apoio à família; - Incompreensão acerca da rede como uma política pública; - Possibilidade de acesso à atendimento qualificado para famílias em vulnerabilidade socioeconômica; - Processo terapêutico que permite melhora no quadro clínico e inclusão social aos sujeitos atendidos; - Problemáticas vinculadas a visão passiva acerca do tratamento medicamentoso e internação psiquiátrica; - Impacto positivo na vida dos usuários, com experiência familiar em segundo plano.	- Baixa apropriação das ações e atividades voltadas à família por parte das mesmas; - Desinteresse em participar em espaços coletivos, gerando a necessidade de sensibilização; - Impossibilidade na inserção da família nos serviços substitutivos dado a contextos próprios; - Existência mínima de outros espaços para participação e socialização dos núcleos familiares; - Fragilização dos laços e da comunicação entre os serviços substitutivos e as famílias.

Fonte: A autora.

A partir das mesmas, conclui-se que a definição, atuação e o impacto observados em relação aos CAPS, são reforçados como positivos por parte dos entrevistados, mas as limitações em relação aos núcleos familiares são visíveis. Quando citados as questões do impacto foca-se no processo terapêutico vivenciado pelo sujeito e não necessariamente pelo núcleo familiar.

Dessa forma, faz-se essencial que os equipamentos de saúde mental reflitam acerca da promoção efetiva do acolhimento voltado à família, pois, como já debatido anteriormente, este grupo possui fundamental importância no cuidado aos sujeitos, bem como é afetado cotidianamente pelas repercussões do sofrimento mental.

Por fim, compreende-se que este não é um caminho simples para ser trilhado pelos serviços substitutivos, considerando os múltiplos desafios inerentes desta relação e das limitações das instituições públicas. Ainda assim, este possibilita a reafirmação de um cuidado humanizado e integral, em consonância com os princípios do movimento antimanicomial.

O próximo subitem destaca os principais achados nas categorias de forma sintética, apontando perspectivas gerais para a Política Nacional de Atenção Psicossocial e Saúde Mental.

3.3 SÍNTESE DAS CATEGORIAS E PERSPECTIVAS PARA A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

A Análise de Conteúdo realizada estruturou-se a partir de duas categorias centrais, as quais buscaram compreender as vivências das famílias frente ao sofrimento mental e ao cuidado, bem como os modos de aproximação desse grupo com os serviços. A articulação entre essas categorias possibilitou uma compreensão ampliada acerca das famílias no contexto do cuidado em saúde mental.

A partir da discussão, observa-se que os núcleos familiares vivenciam contextos próprios e complexos relacionados ao adoecimento mental, os quais culminam em desafios que impactam diretamente sua qualidade de vida. Tais desafios, evidenciados na primeira subcategoria, configuram-se como obstáculos significativos para a participação das famílias nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Neste sentido, torna-se essencial acionar o potencial dos serviços substitutivos no trabalho junto aos núcleos familiares. Santin e Klafke (2011) reforçam a relevância da inclusão da família no cuidado, destacando que o acolhimento desse grupo é fundamental para que se possa desenvolver plenamente seu potencial no acolhimento ao sujeito.

Entretanto, ao analisar concomitantemente ambas as categorias, evidencia-se que o trabalho desenvolvido junto às famílias pelos serviços substitutivos ainda mostra-se incipiente. A escassez de ações e estratégias sistemáticas voltadas a esse grupo revela dificuldades persistentes neste processo de acolhimento nos CAPS.

Ainda que autores como Borba, Schwartz e Kantorski (2008), bem como Sousa *et al* (2022), enfatizem a importância da atuação com os núcleos familiares, os resultados da análise indicam que este reconhecimento, sob a ótica das próprias famílias, ainda não é uma realidade concreta no cotidiano dos serviços. O grupo familiar, enquanto usuário, permanece pouco reconhecido, tanto por si mesmo quanto pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Essas problemáticas tensionam o modelo de cuidado preconizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (RP), na medida que o contexto do sujeito e seu entorno social e familiar, não tem sido integralmente contemplados pelas políticas públicas.

Embora a Portaria nº 3.088/2011 estabeleça como um de seus objetivos “promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e *suas famílias* aos pontos de atenção (Brasil, 2011), o mesmo ainda não se materializa de forma homogênea nos serviços.

Dessa forma, entende-se enquanto principal indicativo da pesquisa que, esse campo ainda é uma dimensão que demanda maior atenção por parte da rede de serviços, considerando que não há cuidado integral sem a inclusão efetiva da família.

Portanto, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias significativas de cuidado voltadas às famílias, que não as coloquem em um espaço secundário. Soares e Munari (2007), ao refletirem sobre a sobrecarga familiar, demonstram que esse grupo é profundamente afetado pelo sofrimento mental, de modo semelhante ao próprio indivíduo em cuidado.

Assim, as práticas cotidianas dos serviços de saúde mental demandam a incorporação de ações como: a sensibilização das equipes para o reconhecimento do núcleo familiar como parte ativa do processo terapêutico; a sensibilização do próprio núcleo familiar para seu reconhecimento enquanto usuária; a formação continuada dos profissionais que gerem a instrumentalização neste campo; a articulação intersetorial com outras políticas públicas, visando atender as demandas múltiplas e; o fortalecimento de práticas coletivas que envolvam família, usuário e comunidade.

No âmbito da política pública, faz-se necessário maior investimento em recursos humanos, materiais e financeiros, a fim de possibilitar a ampliação das ações ao ponto de atingir as famílias. Ademais, destaca-se que a fragilidade desta inclusão não deve ser compreendida como responsabilização da família ou como desatenção isolada dos serviços, mas como expressão do enfraquecimento das políticas públicas, que limita a atuação profissional e o protagonismo familiar.

Por fim, reafirma-se que é a partir da efetiva participação familiar no modelo de cuidado psicossocial que os princípios da luta antimanicomial podem ser concretizados na realidade desta rede. Não há acolhimento do sujeito em sofrimento mental sem o acolhimento de sua família, assim como não há possibilidade de expansão das ações e serviços sem o fortalecimento das políticas públicas que as sustentam.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo principal analisar o papel da família como agente de cuidado e como sujeito do processo terapêutico nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir das experiências de familiares do município de Ponta Grossa, Paraná.

Para isso, realizou-se a coleta de dados junto aos familiares vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outros Drogas III (CAPS AD III) localizados na cidade. A partir destas, tornou-se possível a aproximação com o universo de pesquisa, bem como com as realidades vivenciadas pelas famílias dos usuários de equipamentos de saúde mental.

Dessa forma, a pesquisa dividiu-se em três capítulos, os quais buscaram contemplar os objetivos estabelecidos previamente para o estudo. Ademais, buscou-se partir das discussões teóricas, para que, posteriormente, fossem relacionadas ao diálogo estabelecido com os participantes, organizados através da Análise de Conteúdo.

O primeiro capítulo focou em trazer apontamentos sobre as redes de atenção à saúde, onde enquadra-se a Rede de Atenção Psicossocial, organização que estrutura os serviços voltados à saúde mental. A discussão que parte das RASs, tem pertinência, pois permite compreender sobre a atenção integral que deve ser garantida pelas mesmas, incluindo os sujeitos de forma ativa no processo de cuidado.

Ainda, neste mesmo capítulo buscou-se abordar acerca da RAPS no município pontagrossense. Neste sentido, apresentou-se a totalidade da rede, chegando ao enfoque do universo do estudo, que refere-se aos Centros de Atenção Psicossocial. Por meio desta contextualização, observou-se que está é uma rede que ainda requer fortalecimento e transversalidade entre os pontos de atenção na cidade.

O capítulo 2, partiu para a discussão sobre as famílias, considerando a importância desta categoria para o debate realizado. A família contemporânea é tratada no referencial teórico, a fim de compreender a sua multiplicidade de arranjos na atualidade, bem como sua complexidade, visto que está mostra-se como um espaço de dualidade entre cuidado e conflito.

As implicações da família no cuidado em saúde mental, também representou uma sub-seção própria, que buscou discutir conceitualmente a vivência dos núcleos familiares frente ao sofrimento mental, principalmente, em razão da sobrecarga que pode ser gerada.

Neste mesmo capítulo, também foi abordado acerca da pesquisa em campo, sendo descrito como esta ocorreu nos equipamentos e o perfil dos participantes entrevistados. Quanto ao processo de coleta de dados, torna-se válido destacar as diferenciações entre o público dos CAPS AD III e CAPS II.

Enquanto, no CAPS II teve-se uma maior aderência dos familiares acompanhando os usuários, no CAPS AD III observou-se uma dificuldade maior em aproximar a família do tratamento ofertado. Uma das hipóteses levantadas refere-se às condições vivenciadas pelo próprio público do segundo equipamento, considerando que o processo de dependência química pode fragilizar os laços familiares.

No que diz respeito ao perfil dos entrevistados, tem-se que em sua maioria eram mulheres, donas de casa, de meia-idade ou idosas. O perfil majoritariamente feminino demonstra o papel exercido pelas mulheres no cuidado familiar, o qual, por vezes, reforça desigualdades de gêneros e a sobrecarga feminina no âmbito doméstico.

Ainda, outras questões que foram constatadas acerca do perfil, tratam-se do menor nível de instrução, a residência em casas próprias com núcleos familiares menores, e uma renda familiar em grande maioria nas faixas de “até um salário mínimo” à “de um a dois salários mínimos”. Cada uma destas observações realizadas no perfil, acomete de formas distintas os contextos familiares, necessitando de atenção por parte dos serviços substitutivos.

Em relação ao vínculo da família com o CAPS, têm-se uma variação maior, entre aqueles que iniciaram o acompanhamento recentemente e outros grupos familiares, que já acompanham um membro (ou mais) de sua família há mais tempo. Cabe destacar que, os vínculos de menor duração foram mais correlacionados ao público do CAPS AD III.

O terceiro capítulo traz consigo a sistematização dos depoimentos fornecidos pelas entrevistas semiestruturadas. Para isso, utilizou-se da Análise de Conteúdo, enquanto uma metodologia que permite a análise dos dados a partir da

construção de categorias centrais para o debate, bem como complementarmente usou-se o *software iramuteq*.

As subcategorias desenvolvidas posteriormente a coleta de dados e a transcrição das entrevistas foram quatro, que perpassam os desafios vivenciados pelas famílias entrevistadas, os obstáculos que dificultam o acesso ao CAPS, a potencialidade e impacto do CAPS por meio do tratamento e, por fim a relação estabelecida entre usuário-família-serviço, a partir de ações e estratégias que visem o cuidado compartilhado.

As mesmas buscam sistematizar pontos centrais encontrados ao longo dos diálogos com a família. Em um primeiro momento, por meio destas, pode-se constatar que a família vivencia múltiplos desafios em relação ao sofrimento mental de um de seus membros, já que, o convívio nem sempre mostra-se como harmonioso, e o processo de cuidado com o indivíduo pode acarretar no estresse do cuidador. A necessidade de uma maior cuidado e o manejo em momentos de crise e alterações de comportamento foram destacados pelos entrevistados.

No que concerne aos obstáculos para acesso ao CAPS, têm-se que foram apontadas questões relacionadas ao trabalho, ao deslocamento até o local pela distância e recursos financeiros, ao cuidado de outros membros da família e/ou ainda a negação do usuário em aderir ao tratamento. Neste sentido, aponta-se que tal fator não foi observado em um único questionamento, mas sim, surgiu ao longo da conversa realizada.

Em relação aos equipamentos, têm-se que a família observa o CAPS enquanto um importante espaço de referência no atendimento à questões de saúde mental, bem como apontam o acolhimento ofertado como sendo positivo para os usuários, o que impacta na qualidade de vida dessas pessoas, principalmente no que refere-se a fatores associados ao quadro clínico e a inclusão social. Ainda assim, surgem problemáticas em relação a esta compreensão, como o desencontro da ótica de uma política pública e a medicalização da vida como solução no tratamento.

Concomitantemente, outra problematização que surge é acerca do impacto no próprio núcleo familiar, considerando que os relatos partem em muitos aspectos do destaque à vivência do sujeito em sofrimento psíquico, o que torna possível compreender o desconhecimento da própria família de sua posição como usuária, que pode vir a ser acolhida nos equipamentos.

Acerca da questão do acolhimento às próprias famílias, observou-se nos depoimentos e na observação *in loco*, realizada pela pesquisadora, que as estratégias e ações para que isto aconteça ainda são pontuais, notando-se um acompanhamento da família mais objetivo e relacionado às atividades do próprio paciente do CAPS.

Ou seja, as estratégias e ações nos serviços substitutivos focalizadas nos núcleos familiares são frágeis, o que demonstra que o cuidado integral a partir do reconhecimento do meio familiar ainda é um desafio para a Rede de Atenção Psicossocial. Esta questão pode ser impulsionada por diversos fatores, como a ausência de recursos humanos e materiais, a dificuldade da equipe multiprofissional em desenvolver atividades para o público específico, ou a adesão lenta que pode causar a desmotivação para realização de tais ações.

Com isso, a principal consideração a ser realizada por este trabalho, refere-se a necessidade de fortalecimento da política de saúde mental na atenção à família, que é constantemente impactada pelo sofrimento mental e suas reverberações.

Os achados desta pesquisa não se encerram em si mesmos, mas se colocam como subsídios para reflexão sobre as práticas de cuidados e as famílias nos serviços substitutivos. Para tanto, entende-se como essencial a devolutiva para os pontos de atenção participantes, a fim de fomentar o diálogo acerca dos possíveis caminhos para as problemáticas levantadas.

Ainda, destaca-se a relevância da pesquisa qualitativa em estudos deste gênero, visto que a mesma tornou possível estabelecer o diálogo com os familiares que convivem com o adoecimento mental nos serviços substitutivos, sendo eficaz para o alcance dos objetivos e primordial para construção de uma ótica humanizada e singular acerca dos contextos e vivências destes sujeitos.

As reflexões aqui apresentadas evidenciam que o cuidado destinado aos núcleos familiares na saúde mental configura-se como um campo em constante construção, tanto no âmbito teórico quanto na prática dos serviços, que necessitam ser tratados considerando a realidade destes grupos.

Ademais, o fortalecimento das políticas públicas de saúde mental alinhadas aos princípios da luta antimanicomial mostra-se como essencial na contemporaneidade, especialmente no que refere-se à consolidação de práticas que

reconheçam as famílias como parte fundamental no processo, só assim promovendo o cuidado integral.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, A. Métodos qualitativos de pesquisa: uma introdução. *In: ABDAL, A. et al (Org). Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo*. São Paulo: CEBRAP/SESP, 2016.
- ALBUQUERQUE, F. M. P. **Políticas públicas de saúde mental como promotoras de cidadania e (re)inserção social: um novo lugar para ser feliz?** [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2022.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARO, S. **Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. 2. ed. Porto Alegre: AGE Editora, 2007.
- AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 195-204, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n1/195-204/pt>. Acesso em: 11 mai. 2025.
- ASSIS, J. T; BARREIROS, G.B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 16, p. 584-596, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-envia-doses-para-aplicacao-de-vacinas-covid-19-na-populacao-geral/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=90>. Acesso em: 17 jan. 2026.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 jul. 2025.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BIROLI, F. **Família: Novos conceitos**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2014.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.
- BONI, V.; QUARESMA, J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese**, Santa Catarina, v.2, n.1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 588-594, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/VbSXDwHpRQwXW8fF7GjrF4L/abstract/?lang=es&format=html>. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07. abr. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 21 jun. 2025.

BRASIL. Decreto nº 12.342 de 30 de dezembro de 2024. Dispõe sobre o valor do salário mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2025. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31. dez. 2024f. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2024/Decreto/D12342.htm. Acesso em: 20 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 08. dez. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06. abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 11 mai. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31. jul. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 30. dez. 2010.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 14 abr. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23. dez. 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.139, de 17 de junho de 2024. Reajusta o valor do auxílio-reabilitação psicossocial do Programa "De Volta para Casa", instituído pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18. jun. 2024d. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-4.139-de-17-de-junho-de-2024-566232302>. Acesso em: 22 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção à Saúde Bucal - RASB na Política Nacional de Saúde Bucal - PNSB, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 dez. 2024a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6213_20_12_2024.html. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 6.591, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e institui, no âmbito da política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPC, a Rede de Prevenção e Controle do Câncer - RPCC. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 fev. 2025. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6591_07_02_2025.html#:~:text=Altera%20a%20Portaria%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o,e%20Controle%20do%C3%A2ncer%20%2D%20RPCC. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 5.738, de 14 de novembro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação MS nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Centro de Convivência - CECO da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09. dez. 2024e. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.738-de-14-de-novembro-de-2024-600269890>. Acesso em: 03 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 5.687 de 7 de novembro de 2024. Altera a Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, dispositivos das Portarias de Consolidação nºs 3 e 6, de 28 de setembro de 2017 e repristina a Portaria GM/MS nº 1.615, de 26 de julho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 07 nov. 2024c.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5687_19_11_2024.html. Acesso em: 21 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. **Saúde Mental em Dados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/saude-mental-em-dados/saude-mental-em-dados-edicao-no-13-fevereiro-de-2025/view>. Acesso em: 28 abr 2025.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 22 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12. dez. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; ROCHA, J. S. Y. A participação e o controle social e seu papel na construção da saúde. In: J ROCHA, J. S. Y (Org.). **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2012, v. 1, p. 191-200.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-82202013000200003&script=sci_arctext. Acesso em: 28 jul. 2025.

CAPUTI, L. Família Contemporânea: uma instituição social de difícil definição. In: Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Famílias. (Org.). **Ebook - I Encontro de Pesquisas sobre Famílias**. 1 ed. Franca: UNESP Franca/FCHS, 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Leitos**. Brasília, 2025b. *Site*. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/leitos>. Acesso em: 15 jun. 2025.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Mapa das Unidades: Unidade Básica de Saúde**. Brasília, 2025a. *Site*. Disponível em: <https://elasticnes.saude.gov.br/mapa>. Acesso em: 15 mai. 2025.

CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). **Panorama Municipal**. Brasília, 2025. *Site*. Disponível em: <https://paineis.conasems.org.br/panorama/411990/PONTAGROSSA/cit>. Acesso em: 30 nov. 2025.

DAMOUS, I.; ERLICH, H. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 911-932, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/911-932/#>. Acesso em: 25 mai. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Saúde Mental**. Distrito Federal, 2025. *Site*. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental>. Acesso em: 16 nov. 2025.

DIAS, M. K. Comunidades terapêuticas: Qual o lugar possível na rede?. *In*: DIAS, M. K. (Org). **Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios**. Natal: Edunp, 2013.

DUARTE, L. A. A centralidade da família nas políticas sociais e a desresponsabilização do Estado. *In*: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS; SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS; CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**, 2019, Londrina. Anais [...]. Londrina: UEL, 2019. Disponível em: <https://anais.uel.br/portal/index.php/conserdigeo/article/view/2971>. Acesso em: 13 jun. 2025.

ESPING-ANDERSEN, G. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona:Editorial Ariel, 2000.

FIGUEIRÊDO, M. L de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação**, Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/download/1797/1067/0>. Acesso em: 13 abr. 2025.

FILHO, M. J. Algumas considerações sobre o tema família. *In*: MUNIZ, E. *et al*. (Org.). **Construindo o Serviço Social**. 1.ed. Bauru: Editora da ITE, 2001, v. 7, p. 59-86.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 25 jun. 2025.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al* (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 575-626.

GOFFMAN, E. Estigma: **Notas sobre manipulação da identidade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: População**. Rio de Janeiro, 2022. *Site*. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 abr. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama: Área territorial**. Rio de Janeiro, 2024. *Site*. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/ponta-grossa/panorama>. Acesso em: 17 abr. 2025.

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). **Nota técnica nº 21**: O perfil das comunidades terapêuticas. Brasília: IPEA, 2017. Disponível em:

https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 18 nov. 2025.

JORGE, M.S.B. *et al*. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.59, n.6, p.734-739, 2006. Disponível em:

[Nhttps://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCcqqWGfr4k/?format=html&lang=pt](https://www.scielo.br/j/reben/a/WSGRw93kD3F7MnCcqqWGfr4k/?format=html&lang=pt). Acesso em: 23 nov. 2025.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. *In*: PINHEIRO, R. *et al* (Org). **Desinstitucionalização na**

saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.

LIMA, M. O uso da entrevista na pesquisa empírica. *In*: ABDAL, A. *et al* (Org).

Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. São Paulo: CEBRAP/SESP, 2016.

MACHADO, B. R.; RODRIGUES, T. Grupos de familiares em CAPS II: gerando reflexões acerca da participação da família no tratamento dos usuários.

Disciplinarum Scientia | Ciências Humanas, Santa Maria (RS, Brasil), v. 18, n. 1, p. 171–180, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/2183>. Acesso em: 11 jan. 2026.

MARTINELLI, M. L. (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. 1. ed. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATTA, G.C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, G.C; PONTES, A. L. M (Org). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do**

Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/download/49043319/Políticas_de_Saude_-_a_organizacao_e_a_operacionaliza_cao_do_SUSPG29-60.pdf#page=61. Acesso em: 12 abr. 2025.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cobertura - Atenção Primária**. Brasília, 2023. *Site*.

Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/pns>. Acesso em: 17 mai. 2025.

MIOTO, R. C. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, Maranhão, v. 8, n. 1, p. 133-143, 2004. Disponível em:

https://www.academia.edu/download/60626863/A_CENTRALIDADE_DA_FAMILIA_NA_POLITICA_DE_ASSISTENCIA_SOCIAL20190917-83383-cb6sqv.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010. Disponível em:

<https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/7584/6835>. Acesso em: 15 jun. 2025.

MOREIRA, M. I. C.; SOUSA, S. M. G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: do espaço privado à cena pública. **O social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 13-25, 2012. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/5522/552256742002.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2025.

NASCIMENTO, B. B. do. *et al.* Dificuldades no atendimento às situações de urgências e emergências psiquiátricas. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 215-220, 2019. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/337750672_DIFICULDADES_NO_ATENDIMENTO_AS_SITUACOES_DE_URGENCIAS_E_EMERGENCIAS_PSIQUIATRICAS. Acesso em: 15 nov. 2025.

NISIIDE, A. C. B. UM (RE)TRATO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIRA. **REVISTA FOCO**, [S. l.], v. 18, n. 2, 2025. Disponível em:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/7739>. Acesso em: 12 nov. 2025.

OLIVEIRA, N.H.D. **Recomeçar**: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

OLIVEIRA, C. C. R. B. ; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310105/pt/#>. Acesso em: 12 mai. 2025.

OLIVEIRA, L. C.; SILVA, R. A. R. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/10726>. Acesso em: 23 mai. 2025.

PAIANO, M. *et al.* Factores Intervenientes en la Adhesión al Tratamiento de Usuarios de Droga Atendidos en el Caps-Ad. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 687-693, 26 jun. 2019. Disponível em:

<https://www.ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P113687>. Acesso em: 22 jun. 2025.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Rede de Saúde Mental: Norma Geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental.** Curitiba: SESA, 2015. Disponível em:

<http://www.documentador.pr.gov.br/documentador/pub.do?action=d&uuid=@gtf-escriba-sesa@91800f27-0730-4f96-a620-d072a343e8b8&emPg=true>. Acesso em: 28 abr. 2025.

POLIGNANO, V. M. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFGM**, Minas Gerais, v. 35, p. 01-35, 2001. Disponível em:

http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rt. Acesso em: 07 mar. 2025.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Distritos Unidades de Saúde.** Ponta Grossa. *Site*. Disponível em:

<https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/distritos-unidades-de-saude/>. Acesso em: 10 mai. 2025.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Fluxo para acolhimento em comunidades terapêuticas.** Ponta Grossa: FMS, 2025. Disponível em:

https://sei.pontagrossa.pr.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_documento_consulta_externa.php?GqA4DUuWw6hfVDdWVDH0O-2MzyMql6N-9Eh1pqlTRO8Q9jGVyZtjCfePiZbc9XFIP3eo9DI1f638q2sNZT12fkSpNbcGFFWwfcJHAw48pzNWpjGxf4O9CC0EmHTXIJ3P. Acesso em: 14 mai. 2025.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025.** Ponta Grossa: FMS, 2022. Disponível

em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/plano-de-saude-2022-2025/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

PONTA GROSSA. Lei 15.122, de 06 de junho de 2024. Promove alterações na Lei nº14.585 de 31 de Março de 2023, conforme especifica. **Diário Oficial de Ponta Grossa**, 06 jun. 2024. Disponível em:

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcapjpcgicfindmkaj/https://transportes.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/Lei_15.122.pdf. Acesso em: 12 jan. 2026.

PONTA GROSSA. Lei Ordinária 4.658, de 6 de dezembro de 1991. Institui o Conselho Municipal da Saúde - COMSAÚDE, e dá outras providências. **Diário Oficial de Ponta Grossa**, 06 dez. 1991. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a1/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/1991/465/4658/lei-ordinaria-n-4658-1991-institui-o-conselho-municipal-da-saude-comsaude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 mai. 2025.

PONTA GROSSA. Lei Ordinária 13.345, de 03 de dezembro de 2018. Cria a Fundação Municipal da Saúde de Ponta Grossa, e dá outras providências. **Diário Oficial de Ponta Grossa**, 03 dez. 2018. Disponível em:

<https://leismunicipais.com.br/a1/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/2018/1334/13345/lei-ordinaria-n-13345-2018-cria-a-fundacao-municipal-da-saude-de-ponta-grossa-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 03 mai. 2025.

PRADO, D. **O que é Família?**. 2. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RENK, V. E.; BUZQUIA, S. P.; BORDINI, A. S. J. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 416-423, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Rj7CcQFNbJHCTFpwWGrnppp/?lang>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2129-2138, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n7/28.pdf. Acesso em: 13 jan. 2026.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-6578201100010009. Acesso em: 18 jun. 2025.

SANTOS, A. N. S. dos. *et. al.* Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. **Caderno Pedagógico**, [S. l.], v. 21, n. 12, 2024. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/11224>. Acesso em: 24 nov. 2025.sal

SANTOS, L. S.; DINIZ, G. R. C. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 37-59, 2018. Disponível: <https://www.redalyc.org/journal/2910/291057851003/291057851003.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

SARTI, C. A. **A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres**. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

SARTORI, E. M. O. **A intervenção profissional do Assistente Social em equipes multiprofissionais de saúde mental no município de Ponta Grossa - Paraná**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2023.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 127-134, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/skxLSVThZb3bjP68Ms9NGJg/>. Acesso em: 01 jan. 2026.

SEI, M.B.; SANTIAGO, E. A família na história das políticas de atenção em saúde mental: um estudo documental. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 04-23, dez. 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-6407201900040002. Acesso em: 12 jun. 2025.

SILVA FILHO, J. A. da; BEZERRA, A. de M. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Revista de psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 40, p. 613–627, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1138>. Acesso em: 28 abr. 2025.

SILVA, V. H.F; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental: Revista de Saúde Mental e Subjetividade do UNIPAC**, v. 10, n. 19, p. 267-285, 2013. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4427201200020008. Acesso em: 03 jan. 2026.

SOALHEIRO, N. I; MOTA, F.S. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental/Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. **Revista Polis e Psique**, v. 4, n. 2, p. 65-85, 2014. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/49807/pdf_54. Acesso em: 12 jan. 2026.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/65895068/2717.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SOCOL, K. L. S. *et al.* O COTIDIANO DAS RELAÇÕES FAMILIARES COM INDIVÍDUO DEPENDENTE QUÍMICO. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483647660017.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2025.

SOUSA, A. M. B. D. *et al.* Atenção Familiar no Cuidado em Saúde Mental: Quem Cuida do Cuidador?. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 59–70, 2022. Disponível em: <https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/395>. Acesso em: 15 jun. 2025.

SOUZA, C.G. **Sistema Único de Assistência Social**: a proteção e o atendimento à família. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2018.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2025.

TOMIM, G. C. REFORMA NEOLIBERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA: UMA ANÁLISE CRÍTICA DO DESMÔNTE DO NASF E A PRECARIZAÇÃO DAS EQUIPES EMULTI. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 7, p.

39419–39433, 2025. Disponível em:
<https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6723>. Acesso em: 13 nov. 2025.

TREICHEL, C. A. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 461-472, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bT5h6N4p6yrr4MBGz78cPBp/?lang=pt>. Acesso em: 01. jan 2026.

UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). **Saúde mental**: memes da internet deboçam dos usuários dos Caps e reforçam estigma. Minas Gerais, 2025. *Site*. Disponível em: <https://www.ufmg.br/saudemental/noticia/saude-mental-memes-da-internet-debocha-m-dos-usuarios-dos-caps-e-reforcam-estigma/>. Acesso em: 29 nov. 2025.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2025.

VITALE, M.A.F. Famílias Monoparentais: indagações. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 71, p. 45-62, 2002.

WANDERLEY, M. B.; MARTINELLI, M. L.; PAZ, R. D. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137 p. 7-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?format=html&lang=pt&stop=previous>. Acesso em: 20 dez. 2025.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: Desafios da Reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO

1. Qual seu parentesco com o usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Tio/tia	☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avô/avó ☐ Outro _____
2. Estado civil:	
☐ Solteiro(a) ☐ Casado (a) ☐ União Estável	☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Outro
Obs: Filhos: ☐ Sim ☐ Não _____	
3. Raça/cor:	
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda	☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Não sei
4. Qual sua idade? _____	
5. Quantas pessoas moram com você? (incluindo filhos, irmãos, parentes e amigos) _____	
6. A casa onde você mora é? ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida Obs: Existem mais casas no terreno? Se sim, fazem parte da mesma família? _____	
Sua casa está localizada em? ☐ Zona rural ☐ Zona urbana	
7. Qual sua ocupação/trabalho? _____	
8. Qual a renda da sua família? _____	
9. Você é a principal mantenedora/fonte de renda da sua família? _____	
10. Até quando você estudou? _____	

11. Até quando seu familiar vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) estudou? _____

ABERTAS:

12. Quanto tempo você frequenta o CAPS junto ao seu familiar?
13. Como você compreende o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
14. Você possui dificuldades de vir e/ou estar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
15. Você considera que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui espaços (como grupos ou oficinas) para que você participe de atividades junto ou separadamente ao membro de sua família?
16. Você considera que o tratamento ofertado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) possui um impacto na sua família? Se sim, o impacto é negativo ou positivo?
17. Quais são os desafios vivenciados por você em decorrência do sofrimento mental e período de tratamento vivenciado por um membro de sua família?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa: As interfaces da participação da família no tratamento de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ponta Grossa - Paraná

Pesquisador (a) Responsável: Emily Mendes de Oliveira Sartori

Instituição: Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Mestrado

Orientação: Prof. Dr. Carlos Eduardo Coradassi

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante **atenção** antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O principal objetivo desta pesquisa é compreender os desafios e perspectivas envolvidos no processo de inclusão da família no tratamento de usuários de equipamentos de saúde mental, com base nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa, Paraná.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: A realização de 1 (uma) entrevista, que ocorrerá no espaço do serviço que o seu familiar frequenta (CAPS AD ou CAPS II) com duração aproximada de 40 minutos, em um local (área externa ou interna) com privacidade para dialogar.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: a utilização de seu tempo e a possibilidade de desconforto ao responder os questionamentos nos equipamentos, sendo que, para minimização destes fatores, destaca-se acima a duração da entrevista, bem como, a solicitação aos serviços por espaços reservados para execução da entrevista; o incômodo relacionado à temática, para tanto, há total liberdade para interrupção da participação e recusa a

Rubrica do (a) pesquisador (a)

Página 1 de 3

Rubrica do (a) participante/responsável

responder qualquer indagação; e a preocupação com identidades, mas destaca-se que a pesquisa implica no sigilo das informações dos participantes, utilizando-se de codificações para a escrita da Dissertação e outros materiais decorrentes da investigação.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são: a contribuição para ampliar os debates e discussões acerca da participação da família no tratamento dos usuários de equipamentos de saúde mental, bem como, a construção de um aporte teórico que possa contribuir com a idealização e formulação de ações e atividades futuras.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá receber por despesas decorrentes de sua participação. Essas despesas serão pagas pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexo causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo no processo de Dissertação da pesquisadora e em outras produções científicas correlatas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Emily Mendes de Oliveira Sartori, pelo telefone (42) 99905-6811 ou pelo

e-mail emisartori27@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (Endereço: Universidade Estadual de Ponta Grossa, Av. Carlos Cavalcanti, nº 4748, Uvaranas Bloco da Reitoria - Sala 22, CEP: 84030- 900, Horário de atendimento: das 8h30 às 11h30), pelo telefone : (42) 3220-3282 ou pelo e-mail propespsecretaria@uepg.br.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para a pesquisadora.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: "As interfaces da participação da família no tratamento de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ponta Grossa - Paraná".

_____	_____
Nome do (a) participante	Assinatura do (a) participante

Data: ____/____/____.

Eu, Emily Mendes de Oliveira Sartori, declaro cumprir com os procedimentos éticos previstos nas Resoluções nº 466 de 12 de Dezembro de 2012 e nº 510 de 07 de Abril de 2016.

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Data: ____/____/____.

Rubrica do (a) pesquisador (a)

Rubrica do (a) participante/responsável

APÊNDICE C - APRESENTAÇÃO DE PESQUISA AOS EQUIPAMENTOS



Universidade
Estadual de
Ponta Grossa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Ponta Grossa, 11 de Junho de 2025.

À

Equipe do CAPS II

Centro de Atenção Psicossocial II

Ponta Grossa – Paraná

Prezados(as) Senhores(as),

Meu nome é Emily Mendes de Oliveira Sartori, sou pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas (PPGCSA) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob orientação do professor Carlos Eduardo Coradassi. Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo objetivo é compreender os desafios e as perspectivas envolvidos no processo de inclusão da família no tratamento de usuários dos serviços de saúde mental, com base nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa.

Nesse sentido, gostaria de solicitar a possibilidade de realizar a coleta de dados junto a este equipamento. A pesquisa prevê a realização de entrevistas com familiares de usuários vinculados ao CAPS AD III e CAPS II da cidade, sempre respeitando os critérios éticos e institucionais.

Ressalto que o projeto foi aprovado pela Plataforma Brasil, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, e autorizado pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

Coloco-me à disposição para uma reunião, caso necessário, conforme a disponibilidade da equipe, para apresentar a proposta em detalhes e alinhar os procedimentos conforme as orientações institucionais.

Agradeço desde já pela atenção e fico no aguardo de um retorno.

Atenciosamente,

Emily Mendes de Oliveira Sartori

Pesquisadora – PPGCSA/UEPG

Orientador: Prof. Carlos Eduardo Coradassi

[(42) 99905-6811/ emisartori27@gmail.com]



Universidade
Estadual de
Ponta Grossa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Ponta Grossa, 11 de Junho de 2025.

À

Equipe do CAPS AD III

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III

Ponta Grossa – Paraná

Prezados(as) Senhores(as),

Meu nome é Emily Mendes de Oliveira Sartori, sou pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas (PPGCSA) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), sob orientação do professor Carlos Eduardo Coradassi. Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo objetivo é compreender os desafios e as perspectivas envolvidos no processo de inclusão da família no tratamento de usuários dos serviços de saúde mental, com base nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa.

Nesse sentido, gostaria de solicitar a possibilidade de realizar a coleta de dados junto a este equipamento. A pesquisa prevê a realização de entrevistas com familiares de usuários vinculados ao CAPS AD III e CAPS II da cidade, sempre respeitando os critérios éticos e institucionais.

Ressalto que o projeto foi aprovado pela Plataforma Brasil, com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, e autorizado pela Prefeitura Municipal de Ponta Grossa.

Coloco-me à disposição para uma reunião, caso necessário, conforme a disponibilidade da equipe, para apresentar a proposta em detalhes e alinhar os procedimentos conforme as orientações institucionais.

Agradeço desde já pela atenção e fico no aguardo de um retorno.

Atenciosamente,

Emily Mendes de Oliveira Sartori

Pesquisadora – PPGCSA/UEPG

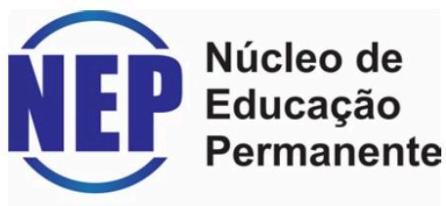
Orientador: Prof. Carlos Eduardo Coradassi

[(42) 99905-6811/ emisartori27@gmail.com]

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

05/08/2025, 15:50

SEI/PMPG - 5645496 - Carta de Autorização-NEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

*Eu, Francielly de Souza Campos, Gerente do NEP, autorizo a execução do projeto **AS INTERFACES DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PARANÁ**, realizado pela UEPG, que será desenvolvido pela pesquisadora **EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI**, sob orientação da Prof^ª. Dr Carlos Eduardo Coradassi.*

A pesquisa só estará autorizada após emissão do parecer consubstanciado emitido pela Plataforma Brasil.

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 07 de março de 2025.

Ponta Grossa, 07 março
de 2025.

05/08/2025, 15:50

SEI/PMPG - 5645496 - Carta de Autorização-NEP



Documento assinado eletronicamente por **FABIANA PAIZANY PAZ**, **Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente**, em 07/03/2025, às 08:00, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **5645496** e o código CRC **A53B2F98**.

**ANEXO B - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA NA PLATAFORMA
BRASIL**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As interfaces da participação da família no tratamento de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ponta Grossa - Paraná

Pesquisador: EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87240025.0.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.541.556

Apresentação do Projeto:

O presente estudo, previamente intitulado de “As interfaces da participação da família no tratamento de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Ponta Grossa - Paraná” tem como objetivo principal, compreender os desafios e perspectivas envolvidos no processo de inclusão da família no tratamento de usuários de equipamentos de saúde mental, com base nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa, Paraná. Desenvolvido junto ao Programa de PósGraduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), a pesquisa caracteriza-se como sendo qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Dentre os procedimentos metodológicos a serem adotados para realização da mesma, estão a pesquisa bibliográfica e documental, as entrevistas semiestruturadas e a Análise de Conteúdo. Enquanto universo de pesquisa, tem-se a Rede

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**

Continuação do Parecer: 7.541.556

de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Ponta Grossa, Paraná. Na mesma, existem 4 (quatro) equipamentos vinculados à atenção psicossocial especializada, sendo eles, 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i), 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) e 1 (um) Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM). Ainda assim, delimitou-se a aproximação exclusivamente com o CAPS II e o CAPS AD III, visto que, o CAPS i realiza o atendimento de crianças e adolescentes, que exigem maiores especificidades éticas e despontam em outras questões teóricas, já o Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental (ASM) não possui um funcionamento semelhante a um CAPS e não consta na legislação vigente como um equipamento oficial da rede de atendimento. Os participantes de pesquisa serão as famílias vinculadas a ambos os equipamentos, sendo que, utilizar-se-á da amostra por saturação, em um período de tempo delimitado junto aos equipamentos, considerando que, tal abordagem mostra-se favorável em estudos de cunho qualitativo, bem como, possibilita captar um público mais diversificado. Para tanto, torna-se necessário o contato direto com os pontos de atenção, adequando-se à rotina e orientações institucionais. Aos participantes que aceitaram integrar a pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será aplicada a entrevista semiestruturada, considerando a possibilidade de maior abertura e fluidez ao longo do diálogo. Posteriormente às transcrições, será feita a Análise de Conteúdo, por meio do desenvolvimento de categorias, com a possibilidade do uso do software Iramuteq. Dada a

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 7.541.556

participação dos (as) familiares no processo de pesquisa, destaca-se que serão seguidos todos os procedimentos éticos legais estabelecidos nas Resoluções nº466 de 12 de Dezembro de 2012 e nº510 de 07 de Abril de 2016, respeitando a dignidade, autonomia e liberdade de todos os envolvidos. Ademais, a partir da pesquisa espera-se principalmente contribuir para ampliar os debates e discussões acerca da participação da família no tratamento dos usuários de equipamentos de saúde mental, visando o enfoque no público atendido no município de Ponta Grossa, Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os desafios e perspectivas envolvidos no processo de inclusão da família no tratamento de usuários de equipamentos de saúde mental, com base nas experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ponta Grossa, Paraná.

Objetivo Secundário:

Analisar a participação da família como agente de cuidado envolto no processo de acolhimento e acompanhamento nos equipamentos de saúde mental; Identificar as ações, projetos e atividades voltadas à inclusão da família no tratamento de usuários de equipamentos de saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná; Traçar o perfil socioeconômico dos núcleos familiares vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III) do município de Ponta Grossa, Paraná; Entender quais são os dificultadores para ausência parcial e/ou total da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico com base nas experiências dos usuários de equipamentos de saúde

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 7.541.556

mental no município de Ponta Grossa, Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tempo e a possibilidade de desconforto ao responder os questionamentos nos equipamentos. Para minimização destes fatores, será explicado anteriormente para os participantes acerca da duração das entrevistas, bem como, será solicitado ao equipamento a possibilidade da utilização de espaços reservados para execução do diálogo. Ainda, pode haver um incômodo relacionado à temática por parte dos participantes, para tal, será informado para os mesmos que, a total liberdade para interrupção da participação e recusa a responder qualquer indagação. Outro fator inerente ao diálogo, pode ser a preocupação com identidades, mas destaca-se que a pesquisa implica no sigilo das informações dos participantes, utilizando-se de codificações para a escrita da dissertação.

Benefícios: Contribuição teórica e social ao tema. A proposta de pesquisar e dialogar acerca do papel da família e sua inclusão no tratamento do usuário dos serviços da saúde mental, é fundamentalmente a discussão acerca da garantia de um direito social, previsto em legislação, o qual o poder público tem dever fundamental de garantir a viabilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Riscos:

Tempo e a possibilidade de desconforto ao responder os questionamentos nos equipamentos. Para minimização destes fatores, será explicado anteriormente para os participantes acerca da duração das

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 7.541.556

entrevistas, bem como, será solicitado ao equipamento a possibilidade da utilização de espaços reservados para execução do diálogo. Ainda, pode haver um incômodo relacionado à temática por parte dos participantes, para tal, será informado para os mesmos que, a total liberdade para interrupção da participação e recusa a responder qualquer indagação. Outro fator inerente ao diálogo, pode ser a preocupação com identidades, mas destaca-se que a pesquisa implica no sigilo das informações dos participantes, utilizando-se de codificações para a escrita da dissertação.

Benefícios: Contribuição teórica e social ao tema. A proposta de pesquisar e dialogar acerca do papel da família e sua inclusão no tratamento do usuário dos serviços da saúde mental, é fundamentalmente a discussão acerca da garantia de um direito social, previsto em legislação, o qual o poder público tem dever fundamental de garantir a viabilidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas vigentes. Todos os termos de apresentação obrigatória estão corretamente preenchidos e anexados. Todos os documentos pertinentes foram apresentados em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016, bem como a Lei 14.874.

Recomendações:

Enviar o relatório final pela plataforma Brasil por notificação ao término do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Avaliada a documentação pertinente considera-se aprovado o projeto

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG**



Continuação do Parecer: 7.541.556

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2513955.pdf	17/04/2025 15:10:51		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/04/2025 15:09:07	EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_corrigido.pdf	17/04/2025 15:07:18	EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI	Aceito
Declaração de concordância	carta.pdf	18/03/2025 14:01:17	EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	18/03/2025 13:45:12	EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_finalizado.pdf	18/03/2025 13:44:21	EMILY MENDES DE OLIVEIRA SARTORI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 01 de Maio de 2025

**Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco da Reitoria, sala 22
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3282 **E-mail:** cep105@uepg.br