

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA  
CURSO DE ENFERMAGEM E LICENCIATURA

ALICE MEDEIROS LIMA

A CRIANÇA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL E O SOFRIMENTO  
PSÍQUICO VIVENCIADO PELA FAMÍLIA

NITERÓI  
2011

ALICE MEDEIROS LIMA

A CRIANÇA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL E O SOFRIMENTO  
PSÍQUICO VIVENCIADO PELA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito para conclusão do curso e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e Licenciatura.

Niterói  
2011

L 732 Lima, Alice Medeiros.

A criança portadora de transtorno mental e o sofrimento psíquico vivenciado pela família / Alice Medeiros Lima. – Niterói: [s.n.], 2011.

61 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2011.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Ândrea Cardoso de Souza.

1. Transtornos mentais. 2. Transtornos do neurodesenvolvimento. 3. Família. 4. Centros Comunitários de Saúde Mental. I. Título.

CDD 616.8588

ALICE MEDEIROS LIMA

A CRIANÇA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL E O SOFRIMENTO  
PSÍQUICO VIVENCIADO PELA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito para conclusão do curso e obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e Licenciatura.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 2011.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Ândrea Cardoso de Souza– Orientadora  
UFF

---

Maria Cecília Morais Pires  
COORDENADORA/PSICÓLOGA CAPSI MONTEIRO LOBATO

---

Prof<sup>a</sup> Rosane Cordeiro Burla de Aguiar  
UFF

---

Prof<sup>a</sup> Francisca Souza Lopes  
UFF

Niterói  
2011

**Este trabalho é dedicado aos meus pais, Eugenio Freitas Lima e Lilian Medeiros Lima e à minha filha, Anna Júlia Lima Braga, pois somente com o apoio, amor, confiança e compreensão dados durante todo o período acadêmico, foi possível alcançar essa realização e conquista e vencer essa etapa tão importante em minha vida.**

## Agradecimentos

*A Deus por ter me dado forças para a realização desse trabalho diante das dificuldades vivenciadas e por ter vivido experiências maravilhosas no período realizado.*

*À minha mãe, Lilian, pelo apoio em todo o período acadêmico, pela compreensão e intensa entrega aos cuidados de minha filha quando não pude estar presente, devido às obrigações e rotina da graduação. Agradeço por sempre estar ao meu lado e por representar para mim um grande estímulo para prosseguir e despertar a vontade de vencer, quando passava por momentos difíceis.*

*Ao meu pai, Eugenio, que mesmo distante fisicamente, sempre se mostrou preocupado e interessado, demonstrando todo o amor e carinho por mim, e oferecendo apoio e palavras de afeto a todo momento..*

*À minha tão amada filha Anna Júlia, por ser o maior de todos os motivos para concluir a graduação, pelo amor e compreensão, que mesmo com pouca idade, ela demonstrou a todo momento, estando ao meu lado, entendendo as diversas ocasiões em que tive que me ausentar. Sua existência tornou tudo isso possível.*

*A meus irmãos, por torcerem desde o início para eu conseguir concluir o curso de graduação, passando comigo por momentos difíceis e de alegria também. Meu amor por vocês é imensurável.*

*À minha orientadora Ândrea Cardoso de Souza, que desde o meu primeiro contato com sua disciplina, despertou em mim o interesse pela área de saúde mental, diante do conhecimento e experiência demonstrados, o que desencadeou em mim grande admiração e vontade de investir em uma futura atuação profissional na área. Pela compreensão, pela ajuda em momentos que precisei de conselhos, pelo grande conhecimento transmitido em todos os encontros, pela atenção e empenho como orientadora, e até pelos momentos em que foram necessárias certas repreensões para meu amadurecimento enquanto acadêmica e futura profissional.*

*À examinadora da banca e coordenadora do Capsi Monteiro Lobato, Maria Cecília Morals, por aceitar o convite para participar e por me proporcionar a oportunidade de ter feito estágio em uma instituição em que aprendi tanto e serviu para o meu amadurecimento para atuação profissional. A oportunidade de estar no Capsi Monteiro Lobato foi inesquecível e muito importante em minha vida.*

*À examinadora da banca Rosane Correa e à suplente Francisca, por aceitarem prontamente o convite para fazerem parte da banca e pela experiência que tive na disciplina de Saúde da Criança e Adolescente II.*

*À minha tia e enfermeira Thereza Neuma, por ser um exemplo de profissional para mim, pelo apoio no início de minha graduação, auxiliando significativamente no cuidado e atenção à minha filha, mostrando-se prestativa e atenciosa.*

*Ao enfermeiro e amigo Jorcelino Júnior, que sempre ofereceu apoio e disponibilidade para me ajudar, despertando grande admiração pelo seu trabalho e empenho.*

*À equipe do Capsi Monteiro Lobato, sobretudo aos amigos e excelentes profissionais, Maria Fernanda, Ana Paula, Roberto Amaral, Adriano, Roberto Miller, Atayde, Carla, Joana e Camila, pelo apoio constante e por tornarem para mim, o ambiente de trabalho mais agradável e produtivo.*

*À amiga Isabelle Campos Guerra e ao amigo Vitor Machado, por estarem sempre ao meu lado durante o período acadêmico, tornando a rotina da graduação mais agradável, nos momentos de estudo e nos de diversão. Vocês tornaram-se insubstituíveis em minha vida, meu amor e amizade por vocês são muito grandes.*

*Aos amigos Felipe Glutter, Fernanda Laxe, Anna Carolina Alves, Luiza Beretta, Rúbia Salles, Luciana Assad, Mariana Melo, Bruno Ennes e Denise Ennes, pela importância da amizade e amor de cada um e acima de tudo, por estarem sempre em minha vida.*

*Aos pacientes da rede de saúde mental e seus familiares, do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e do Capsi Monteiro Lobato, que tanto me ensinaram, rompendo com idéias pré-concebidas acerca dos transtornos mentais, aumentando assim meu respeito e cuidado com eles, e interesse por aprender mais e me dedicar aos assuntos relacionados à saúde mental e admiração pela área.*

### Epígrafe

“A loucura é vizinha da mais cruel sensatez. Engulo a loucura porque ela me alucina calmamente.”

Clarice Lispector

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, cujo objetivo foi conhecer as principais dificuldades apresentadas pelos familiares para conviverem com as questões relacionadas ao transtorno mental dos filhos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, tendo sido entrevistados dez pais de crianças portadoras de transtornos mentais. A análise de dados permitiu elaborar duas categorias: a percepção dos familiares sobre o atendimento prestado pelo Capsi Monteiro Lobato; a convivência familiar junto ao transtorno mental e o cotidiano dos pais com crianças com transtorno mental. Os resultados mostraram que maior parte da população participa das atividades oferecidas no serviço; que o atendimento oferecido pelo Capsi é fundamental para os familiares auxiliando-os na convivência com os filhos.

**Descritores: Transtornos mentais; Família; Centros Comunitários de Saúde Mental.**



## **ABSTRACT**

This is a qualitative study, aimed to know the main difficulties presented by the family to live with the issues related to mental disorder on their children. Data were collected through semi-structured interviews, where the interviewees were parents of ten children with mental disorders. The data analysis allowed us to elaborate two categories: the perceptions of families about the care provided by Capsi Monteiro Lobato, the family life with the mental disorder and daily life of parents with children with mental disorders. The results showed that most of the population participates in the activities offered in the service, the attention provided by Capsi is essential for family members assisting them in relationship with their children.

**Descriptors: Mental Disorders; Family; Community Mental Health Centers.**

## SUMÁRIO

---

### **1- INTRODUÇÃO, p. 12**

- 1.1 - MOTIVAÇÃO, p. 14
- 1.2 - PROBLEMA, p. 15
- 1.3 - OBJETO DE ESTUDO, p. 15
- 1.4 - QUESTÕES NORTEADORAS, p. 15
- 1.5 - OBJETIVO GERAL, p. 15
- 1.6 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS, p. 16
- 1.7 - JUSTIFICATIVA / RELEVÂNCIA, p. 16

### **2 - REVISÃO DE LITERATURA, p. 17**

- 2.1 - DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO INFANTIL, p.17
- 2.2 - A CRIANÇA COM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO E A FAMÍLIA, p.18
- 2.3 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS FAMILIARES DA CRIANÇA COM TRANSTORNO MENTAL, p. 21
- 2.4 - POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE MENTAL INFANTIL, p. 25
- 2.5 - O CUIDADO DOS FAMILIARES NOS CAPS, p.31

### **3 - CAMINHO METODOLÓGICO, p. 35**

- 3.1 - TIPO E ABORDAGEM, p.35
- 3.2 - MÉTODO, p.36
- 3.3 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS, p. 36
- 3.4 - CENÁRIO DO ESTUDO, p. 37
- 3.5 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, p. 37

3.6 - ANÁLISE DE DADOS, p. 38

3.7 - ASPECTOS ÉTICOS, p. 38

#### **4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, p.40**

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA, p. 40

4.2 - O CAPSI E OS FAMILIARES, p.43

4.2.1 – Atividades mais citadas pelos pais, p.44

4.2.2 - Percepção dos familiares sobre o atendimento prestado no Capsi Monteiro Lobato, p.45

4.3 - CONVIVÊNCIA E COTIDIANO DOS PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS, p.46

4.3.1 - A convivência familiar junto ao transtorno mental, p.47

4.3.2 - Cotidiano dos pais com crianças com transtorno mental, p.48

#### **5 – CONCLUSÃO , p. 51**

#### **6- OBRAS CITADAS, p. 53**

6.1 - OBRAS CONSULTADAS, p.56

#### **7- APÊNDICES, p. 58**

7.1. ROTEIRO DA ENTREVISTA, p.59

7.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, p. 60

#### **8-ANEXO, p.61**

8.1- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, p.62

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com sexo, p.41

GRÁFICO 2 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com faixa etária, p.42

GRÁFICO 3 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a escolaridade, p.42

GRÁFICO 4 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a participação ou não nas atividades desenvolvidas no Capsi, p. 43

**LISTA DE SIGLAS**

HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa

## 1- INTRODUÇÃO

Criar e cuidar de filhos são tarefas de extrema responsabilidade, pois uma criança necessita de atenção, investimento em educação e saúde, em lazer, em uma relação familiar agradável e harmoniosa, até que atinjam a idade adulta e se tornem independentes.

Esses deveres e obrigações dos pais aumentam quando se trata de uma criança com transtorno mental. O ideal de família perfeita que predomina, é aquele em que todos os membros são saudáveis, fortes e que no futuro estarão preparados para ter um bom emprego. Qualquer falha nesse sistema parece significar culpa e responsabilidade da família.

Segundo Melman:

Em relação aos problemas escolares, a família só recebia da medicina e da psiquiatria basicamente duas respostas: ou o filho era doente ou era mal educado. Os diagnósticos médicos pouco tinham a acrescentar além de culpabilizar os pais diretamente, sugerindo falta de educação e formação moral adequada ou, indiretamente, confirmando a existência de uma doença (2001, p. 50).

Essa forma de preconceito e de atribuir a culpa à família, deve ser problematizada, à medida que durante a assistência, os profissionais de saúde, além de cuidar da pessoa portadora de transtorno mental, devem apoiar a família, rompendo idéias pré-concebidas, entendendo a realidade em que vive cada grupo familiar, para assim poder fazer uma intervenção eficaz em todo o contexto que vive o usuário e seus familiares.

A preocupação com o crescimento e desenvolvimento psicológico de uma criança, com o apoio à sua família e com a implementação de medidas que promovam a inserção social são muito recentes, pois anteriormente o foco era somente doença, não levando em consideração mais nada que dissesse respeito à vida do usuário.

Na antiguidade, os loucos eram vistos como detentores de poderes especiais, sendo consagrados por “falarem línguas diferentes” e terem visões sobrenaturais. Com o Iluminismo, começou-se a valorizar intensamente a razão, essas pessoas, passaram a ser discriminadas, sendo tratados como “animais” e excluídos da sociedade.

Pinel apontou que o transtorno mental estava relacionado à alguma deficiência no cérebro, e a “causas morais”, a hereditariedade, o desregramento no modo de viver e a influência de uma educação corrompida sobre a perda da razão. Ele ainda dizia que para tratar o doente mental, deveria substituir o ambiente em que esse vivia e que a família poderia ter uma parcela de culpa no aparecimento da doença caso não tivesse um controle na educação e um bom ambiente familiar.

Durante a Revolução Francesa, aconteceu a primeira reforma psiquiátrica, quando o doente era isolado de sua família, entregue aos cuidados médicos, pois era dito, que o convívio familiar prejudicava e piorava o quadro em que se encontrava o paciente, havendo apenas visitas quando a instituição permitia e geralmente era quando o paciente estava melhor.

Após a Segunda Guerra Mundial, começou em vários países a contestação do modelo asilar, e novas propostas de desospitalização foram surgindo, para que os pacientes fossem reinseridos na sociedade e na própria família.

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a partir da década de 70, começaram os movimentos para fechar os manicômios e propor mudanças no modo de tratar e cuidar dos portadores de transtorno mental. Essa Reforma baseou-se prioritariamente no modelo italiano de política de saúde mental, apesar dos esforços da Coordenação Nacional de Saúde, esta mudança ainda não avançou de forma satisfatória em muitas regiões do Brasil. Uma das lacunas identificadas como entrave para o melhor desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica está localizada na pouca participação da família na atenção aos usuários dos serviços de saúde mental.

À medida que as idéias de acolhimento e humanização vêm sendo implantadas e divulgadas, a assistência psiquiátrica, tem evoluído, porém ainda existe muito preconceito, falta de informação e mitos em relação ao transtorno mental.

Quando um filho ou filha sofre um surto psicótico, a vida da família é totalmente desestruturada, pois a doença mental é muitas vezes, encarada como uma situação vergonhosa para os familiares, além de ser extremamente dolorosa, pois a criança quando necessita de internação, fica longe dos cuidados dos pais, gerando imensa preocupação e desconforto a todos.

Corroborando com essa idéia, Melman aponta que:

O adoecimento mental de um filho abala freqüentemente de forma intensa, a auto-estima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos. A ferida no narcisismo dos pais expõe fragilidades e conflitos, estimulando questionamentos relativos à eventual responsabilidade na origem e desencadeamento do quadro psicótico (2010, p. 35).

Segundo Pereira (2003), existem aspectos objetivos e subjetivos que interferem no cuidado dos familiares às crianças com transtornos mentais, dentre os principais estão: redução de relações sociais, ansiedade, culpa, pouca informação sobre transtornos mentais.

Os profissionais, também têm uma parcela de responsabilidade pela idéia de culpa no aparecimento da doença, pois muitas vezes trabalham com a idéia de família perfeita, e na prática deixam essas idéias e preconceitos interferirem na assistência.

## 1.1 MOTIVAÇÃO

Fui motivada a desenvolver meu trabalho de conclusão de curso nessa área, pois tenho grande interesse em saúde mental, e após passar pelo setor de Pediatria do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), pude perceber o quanto me interessa por crianças hospitalizadas, sobretudo as que apresentaram algum transtorno mental associado à outra patologia na época e o sofrimento de seus familiares.



Por ser mãe, e saber que existem muitas dificuldades, deveres e responsabilidades de criar uma filha que não apresenta nenhuma enfermidade, comecei a me questionar, como é criar, cuidar e conviver com uma criança com transtorno mental, por isso, decidi abordar o tema, e aprofundar meu conhecimento na área.

## 1.2 PROBLEMA

Foi delimitado como problema desse estudo: Como é para uma família, conviver e cuidar de uma criança que apresenta transtorno mental?

## 1.3 OBJETO DE ESTUDO

O sofrimento psíquico dos familiares das crianças portadoras de transtornos mentais.

## 1.4 QUESTÕES NORTEADORAS

- Como é a convivência com uma criança com transtorno mental?
- Quais são os principais problemas enfrentados pelos familiares para lidarem com essa questão?
- Quais são os sentimentos vivenciados à partir dessa experiência?
- Quais são as práticas adotadas pela equipe de saúde mental para acolher a demanda das famílias?

## 1.5 OBJETIVO GERAL

Conhecer quais as principais dificuldades apresentadas pelos familiares para conviverem com questões relacionadas ao transtorno mental dos filhos.

## 1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os fatores psicossociais afetados na família da criança com transtorno mental;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos familiares de crianças portadoras de transtornos mentais;
- Conhecer práticas desenvolvidas pela equipe de saúde mental para contemplar os familiares no tratamento.

## 1.7 JUSTIFICATIVA / RELEVÂNCIA

Este estudo justifica-se pelo reconhecimento da importância da participação dos familiares no cuidado oferecido às crianças portadoras de transtornos mentais. A partir do movimento de Reforma Psiquiátrica em curso no país, novos atores foram incluídos nas práticas de cuidado, como os familiares, usuários, representantes da sociedade civil organizada, além dos profissionais de saúde mental.

Apesar dos muitos avanços em decorrência do processo de desinstitucionalização, percebe-se ainda uma lacuna no que tange as questões relacionadas à inclusão dos familiares como participantes ativos dos processos de mudança no campo da saúde mental.

Essa pesquisa é de grande importância, pois reflete o papel essencial da família na vida de uma criança com transtorno mental, oferecendo medidas de apoio e trazendo conhecimento para os familiares, para que assim, possam se sentir mais aptos a desenvolverem esse cuidado.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para uma melhora na assistência oferecida à criança acometida por transtorno mental, e para todos os membros de sua família, ajudando a fortalecer o vínculo entre profissional, família e usuário e obtendo assim, um tratamento mais eficaz.

## 2- REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 – DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO INFANTIL.

O nascimento de uma criança, nem sempre foi visto como algo positivo pela família. Até meados do século XVII, a criança era vista como um problema que causava perda de tempo e desencadeava muitos fatores estressantes.

Com o passar do tempo, essa concepção foi se modificando. Os governos começaram a investir mais nas crianças, muitos pensadores e estudiosos começaram a valorizar a importância do cuidado na infância, os estudos na área de saúde aprofundaram-se, influenciando assim, toda a sociedade a reavaliar o conceito de cuidados na infância.

Na década de 80, os direitos da criança passaram a fazer parte da constituição brasileira, trazendo assim uma nova realidade em nosso país.

Em 1988, os direitos da criança e do adolescente passaram a integrar a Constituição da República Federativa do Brasil. Em 1990, foi legalizado no Brasil (Lei Federal n.8.069) o Estatuto da Criança e do Adolescente. Entre outros direitos, foram assegurados: o direito à proteção, à vida e à saúde, bem como o direito de um dos pais ou responsáveis permanecer em tempo integral com a criança. (Figueiredo *et al*, 2010, p.261).

Cada criança cresce e desenvolve-se de uma maneira particular, porém existem padrões para considerar se esse crescimento e desenvolvimento estão dentro do que é tido como necessário.

Crescimento diz respeito ao aumento quantitativo; é o resultado da divisão celular e do aumento do tamanho das células; implicando aumento da

massa e de estrutura corporal da criança. Já o desenvolvimento refere-se à diferenciação qualitativa das células e da maturação funcional; é o aumento da capacidade de realização de funções cada vez mais complexas, medido por meio de provas funcionais. O crescimento e desenvolvimento são indicadores da saúde da criança e, por essa razão, o acompanhamento desses processos constitui-se o eixo da assistência à saúde da criança (Figueiredo *et al*, 2010, p. 264).

## 2.2 - A CRIANÇA COM TRANSTORNO PSQUIÁTRICO E A FAMÍLIA.

O desenvolvimento da criança, formações e definições futuras de caráter cultural, emocional e de personalidade, está intimamente relacionado com a relação e vínculo familiar. Qualquer alteração em algum ente pode afetar conseqüentemente os demais membros dessa família.

É de suma importância para o desenvolvimento saudável da criança, que essa desde nascer tenha alguém como referência, que faça o primeiro contato da criança com o mundo, e esse alguém geralmente é a mãe, porém quando esse vínculo materno não é possível, é necessário que outra pessoa ocupe esse lugar.

A criança não é um organismo que necessita somente de investimento dos pais em suas necessidades básicas no cuidar, e sim em outros aspectos subjetivos, como atenção, carinho e um saber olhar para essa criança como um todo.

Quando se trata de uma criança com transtorno mental, o impacto sobre a família é muito grande, e muitas mudanças e adaptações são necessárias para a convivência e cuidado com essa criança e isso depende em grande parte, do conhecimento que os familiares têm sobre a patologia apresentada.

Algumas crianças parecem não ser afetadas diante de experiências como separação dos pais, abuso, morte de algum familiar ou alguma doença. Enquanto outras crianças entram em um nível de estresse significativo, afetando sua saúde física e mental.

Os transtornos psiquiátricos podem gerar problemas no rendimento escolar, nas relações familiares e sociais. Geralmente as crianças não têm capacidade de saber se seus medos e dificuldades são muito intensos, e muitas vezes os pais não conseguem diferenciar isso de um fator normal do crescimento e desenvolvimento, o que ocasiona um diagnóstico tardio da patologia.

Segundo Gonçalves e Heldt (2009), depois dos transtornos do déficit de atenção, hiperatividade e de conduta, os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes.

No entanto, outro transtorno freqüente é a psicose infantil. De acordo com Vanoli e Bernardino(2008) este está relacionado a:

Relacionamento prejudicado, confusão de identidade pessoal e inconsciência do eu, preocupação anormal com objetos, resistência a mudanças no ambiente, sensibilidade a estímulos sensoriais rebaixada ou elevada, reações de excessiva ansiedade ante mudanças, perturbação da linguagem e da fala, hiper ou hipoatividade, atraso no desenvolvimento intelectual. (2008, p. 255).

O primeiro local de relações sociais da criança é o seu lar, e é de fundamental importância, que haja um equilíbrio nesse ambiente, por isso, a família de uma criança portadora de transtorno mental tem um papel essencial no desenvolvimento da autonomia e inserção dessa criança na sociedade.

Geralmente o vínculo entre mãe e filho é muito forte e de relação muito dependente entre os dois, pois em grande parte do tempo, ela se dedica aos cuidados e atenção a esse filho, para assim, sentir que está cumprindo com responsabilidade a maternidade.

Existem algumas categorias de sofrimento que se destacaram em relação à família e o doente mental, segundo Pereira (2003). São elas:

- Descompasso temporal: a diferença no ritmo de vida da família e do paciente, provoca desânimo e desesperança nos familiares, ao ver que o indivíduo se isola e não mostra capacidade de acompanhar os demais nas diversas tarefas do dia a dia, os familiares experimentam sensações de raiva, incompreensão, vergonha, ocorrendo muitas vezes também, o isolamento dos outros membros da família.
- Culpa: esse tipo de sentimento acompanha os familiares, ficando mais evidente em determinadas épocas, quando acham que foi algum erro na criação, ou falha de algum membro da família, principalmente dos pais na comunicação e atenção ao indivíduo que adoeceu. Alguns profissionais de saúde, também têm a tendência de culpar os pais pela doença, o que deve ser rompido, pois assim, a assistência não terá qualidade e não produzirá o efeito necessário.

- Desavenças/Conflitos na família: na maioria das vezes relação familiar é muito complicada, pois ocorre muita dificuldade de comunicação e entendimento entre os demais membros e a criança que se encontra em sofrimento psíquico.
- Perdas: Com a convivência, a vida dos demais membros da família é alterada, perdendo muitas vezes um bom convívio social e a rotina de trabalho geralmente sofre modificações. Constantemente, relembram como era o indivíduo antes de adoecer e os sonhos e expectativas perdidos com o aparecimento da patologia.

A convivência com sintomas de um portador de transtorno mental, como a agressividade, o sono excessivo, o hábito de falar sozinho e de se isolar, dentre outros, atinge os familiares que cuidam, alterando seu padrão de sono, influenciado diretamente no apetite, facilitando o aparecimento de agravos à saúde, como hipertensão arterial e outros inúmeros problemas cardiovasculares.

Um número significativo de famílias enfrenta também problemas financeiros, pois a rotina de cuidar de uma criança portadora de transtorno mental atinge diretamente as questões relacionadas ao horário de trabalho, ao rendimento nos serviços e o orçamento da família.

Outra questão financeira, é que quando essa criança crescer e estiver no momento de se inserir no mercado de trabalho, existe uma grande probabilidade de que ela se torne um indivíduo com muitas limitações e sofra preconceitos devido às manifestações da doença e de uma possível dificuldade de produzir.

Segundo Borba, Schwartz e Kantorski(2008):

A dificuldade do portador de sofrimento mental em conseguir inserir-se no mercado de trabalho está muito próxima da questão do preconceito. Quando consegue ter direito a um benefício financeiro, este pode minimizar os problemas gerados pela impossibilidade de trabalhar, e aumentar seu poder de contratualidade no grupo familiar. Salienta-se, então, a importância dos serviços substitutivos como os CAPS e das iniciativas de oficina de geração de renda, uma vez que estas resgatam a auto-estima dos usuários, mostrando que são capazes de aprender e produzir. (2008, p.592).

Conclui-se então, que toda a família é privada de ter condições favoráveis de trabalho na maioria das vezes, devido aos problemas citados acima.

Acredita-se que um conjunto de fatores tem contribuição para o desenvolvimento de transtornos mentais na infância, como: um pré-natal desfavorável para um desenvolvimento adequado; alguma doença ou limitações físicas apresentadas; questões e relações familiares; violência doméstica, abusos sofridos e outros fatores psicossociais.

### 2.3 - OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS FAMILIARES DA CRIANÇA COM TRANSTORNO MENTAL.

A equipe de saúde mental deve ter como alguns de seus objetivos, promover a reinserção do usuário na sociedade, oferecer apoio e instruções para os familiares, dentre outros, pois sabe-se que esses transtornos podem ter origens sociais, psicológicas e biológicas.

No início do século XXI foi aprovado um projeto que protege e confere direitos aos portadores de transtorno mental com participação da família no tratamento, almejando a reinserção social.

Hoje em dia, o tratamento segundo Gonçalves e Heldt (2009) inclui orientação aos pais e intervenções familiares, de terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia dinâmica e administração de psicofármacos quando necessário.

Muitas vezes a família quando procura a unidade de atendimento para a criança, demonstra que ela representa um problema que atinge o nível social, familiar e escolar, transferindo para a equipe de saúde mental, a responsabilidade de promover a cura da criança, para que ela possa se adequar aos padrões de comportamento considerados aceitos pela sociedade. Porém muitas vezes, a família que se encontra ausente e impaciente, não percebe que essa é a maneira da criança mostrar o que está acontecendo no ambiente familiar.

É necessário que o profissional de saúde, entenda o contexto em que se encontra cada paciente, pois é doloroso para quem vive a doença, e para quem convive com ela, não direcionando assim, toda a responsabilidade de cuidar para a família. Deve acontecer uma atuação conjunta para assistir esse paciente, e ao mesmo tempo, o apoio à família é essencial, esclarecendo dúvidas e sabendo ouvir sempre.

Segundo Souza (2005), ao conceber a família como culpada do surgimento da doença, corre-se o risco de estabelecer com ela uma relação de imposição, em vez de tê-la como participante do cuidado e como um grupo social que precisa de ajuda, e isso ainda ocorre com frequência em nosso cotidiano.

O papel do profissional de saúde é muito importante, pois a família frequentemente busca apoio e informações sobre o diagnóstico, sobre as possibilidades de tratamento e sobre as inúmeras limitações que a criança apresenta.

Mais importante que a relação entre profissionais e familiares, é a participação desses em grupos comunitários que ofereçam suporte social a essas famílias.

Existem quatro tipos de suporte social, segundo Barbosa (2009):

O suporte emocional, caracterizado pela demonstração de cuidado ou simpatia de uma pessoa para outra pessoa, pela capacidade de simplesmente ouvir alguém, e pela necessidade de se ter amizados; o suporte de informação, quando uma pessoa ou instituição é fonte de conhecimento, e esclarece a alguém onde ela pode adquirir informação; o suporte material, caracterizado pela provisão e oferecimento de recursos como dinheiro, ajuda física, livros, passagens, órteses e outros; e o suporte de avaliação, que dá o *feedback* à pessoa sobre a maneira como está agindo, como sugestões, elogios, afirmações, e provê realimentação da atitude dela (2009, p.407-408).

Os profissionais de saúde devem mostrar-se prestativos e disponíveis, para ganhar a confiança da família e do próprio paciente, alcançando assim, uma melhora na assistência e na relação intra-familiar. Ressaltando a participação dos membros da equipe nesse processo, Barbosa (2009) aponta:

É importante que os membros da equipe multiprofissional de saúde forneçam suporte às famílias. Devem ter compromisso com essas famílias, ajudando-as a compreender cada fase vivenciada por elas e empoderá-las para o cuidado do filho, buscando estabelecer vínculo de confiança de modo que a família possa oferecer ao filho condições para o seu crescimento e desenvolvimento, e para a sua inclusão social (2009, p.411).

Os serviços de Saúde Mental para crianças incluem as visitas domiciliares, o tratamento ambulatorial, programas de educação especial e de acolhimento, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS i) e as instituições de internações psiquiátricas.



Como outra possibilidade de cuidado também poderíamos pensar na visita escolar, pois para um melhor cuidado às crianças e seus familiares é imprescindível pensar nas ações intersetoriais e na articulação com as escolas e outros recursos comunitários disponíveis na perspectiva da ampliação da rede de atenção psicossocial.

Uma equipe de saúde bem preparada para assistir a criança portadora de transtorno mental e sua família em hospitais psiquiátricos, ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é de suma importância.

As famílias precisam de programas de apoio apropriados para potencializarem ao máximo suas próprias capacidades. Seus direitos e o dos seus filhos configuram-se na igualdade de acesso contínuo ao espaço comum da vida em sociedade e a todo tipo de oportunidade. Intervenções que contextualizem a vida delas na comunidade são essenciais, no sentido de promover as adequações para que possam adquirir condições de inclusão e de vida na sociedade (Barbosa, 2009, p.411).

As visitas domiciliares têm grande importância no acompanhamento do usuário e de sua família, pois através desse mecanismo, as ações de intervenção são facilitadas, pelo fato de conviver com a dinâmica familiar, entender e conhecer as condições em que vive cada família, orientando sobre o transtorno mental, situações de risco, medicação e outros cuidados.

Com as visitas domiciliares, evita-se muitas vezes, internações posteriores, amenizando o sofrimento do período em que a criança esteve internada, dando uma continuidade ao tratamento e maior confiança e apoio aos familiares. É preciso grande investimento nessas visitas, pois muitos familiares encontram-se sozinhos após o retorno da criança à rotina.

Muitas vezes a família é acusada injustamente de querer ficar livre das obrigações, de não dar importância à criança portadora de transtorno mental, mas quando acontecem as reuniões e grupos de apoio a esses familiares, percebe-se indivíduos inseguros, abatidos e fragilizados, devido à difícil rotina nos cuidados da criança com necessidades especiais.

O desamparo em que vive grande parte das famílias de crianças portadoras de transtorno mental, é evidente, pois o seu cuidado além de um grande preparo emocional implica em muitos investimentos em diferentes esferas das políticas públicas.

O que se observa em nossa realidade é que o processo de desospitalização responsabiliza a família do portador de transtorno mental em relação ao provimento de cuidado do doente. A família diante desta realidade se desespera, pois a presença do doente em casa impõe exigências de cuidado e atenção emocional e material que lhes são inexistentes. Muitos familiares se vêem desassistidos e sem ter o que fazer, recusam-se a levar o paciente para casa. (Witiuk e Silva, 2003, p.03).

A forma de preconceito de atribuir a culpa do aparecimento do transtorno psiquiátrico à família deve ser combatida, tanto na comunidade quanto no meio profissional, pois isso desvia a atenção de necessidade de investimentos na área de saúde mental para as famílias.

O olhar preconceituoso e os mitos que existem em relação aos transtornos mentais ainda são muito grandes, e devem ser rompidos, para que assim, o isolamento e exclusão social desses familiares e da criança acometida, sejam amenizados, e isso depende de uma atuação conjunta dos profissionais de saúde, da população e dos familiares.

Nos últimos anos o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e quanto a convivência com um paciente representa um peso. As alterações no cotidiano da família, as relações sociais, motivados pela vergonha, cansaço ou frustração, é comum observar os familiares se distanciarem das atividades sociais, deixando de comparecer a festas e eventos culturais, restringindo visitas a casa de amigos próximos e parentes (Witiuk e Silva, 2003,p.05).

A maioria dos membros dessas famílias não compreende o diagnóstico apresentado pela criança, e transferem expectativas de cura para a equipe de saúde, tendo a falsa concepção de que quando se tornar adulto, aquela criança estará isenta do transtorno mental. A partir disso, deve ser reforçada a necessidade de uma equipe que esclareça sempre as dúvidas, promovendo grupos de apoio, palestras, dinâmicas e outros recursos que resultem em uma maior compreensão e entendimento por parte desses familiares.

A doença mental é representada pelos familiares pelo processo de objetivação do familiar doente mental como aquele que é – o diferente - que faz coisas que os outros, ditos normais, não fazem. Esse conceito vai se materializando por meio de repetidas comparações entre o tempo da saúde, quando seu filho e irmão trabalhavam, estudavam e eram responsáveis... Enfim, “um filho nota mil”. Nessa convivência, o tempo da

doença é identificado pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto. (Colvero;Ide;Rolim 2004,p. 204).

Os familiares têm muitas vezes um ideal de saúde e comportamento padrões, por isso quando uma criança apresenta um transtorno mental e os outros membros não, constantemente ocorrem comparações em nível de crescimento e desenvolvimento, o que gera uma situação desconfortável e muitas vezes humilhante para a criança acarretando assim, uma piora no quadro em que se encontra.

Muitas mudanças devem ser realizadas na saúde mental, mas alguns progressos já podem ser notados, e à medida que a sociedade se conscientiza da necessidade de investimentos e quebra de preconceitos, pode-se estabelecer uma assistência mais humanizada e participativa.

É primordial que se evite rotular as famílias e julgar a maneira em que vivem. Deve-se sim, compreender todo o contexto que se encontra esse ambiente familiar, para assim poder oferecer auxílio, cuidados necessários para a garantia de um acompanhamento de qualidade.

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE MENTAL INFANTIL

O cenário da Saúde Mental atualmente vem sofrendo muitas transformações, validando cada vez mais o que os precursores da Reforma Psiquiátrica estabeleceram como objetivos, e que não foram colocados em prática por muito tempo.

O cuidado com o paciente que não implique em isolamento e exclusão social; o olhar não direcionado somente ao transtorno mental apresentado, e sim a todo o contexto em que o indivíduo está inserido, o que possibilita uma melhor qualidade de vida, são exemplos de progresso na área.

Todavia, muitas barreiras ainda devem ser rompidas, e muitos avanços ainda devem acontecer, como por exemplo, na atenção voltada à saúde mental infanto-juvenil, que apresenta uma significativa discrepância em relação ao número de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento e o número de serviços oferecidos e direcionados a esse público.

Corroborando com essa idéia, Couto (2001):

As questões colocadas ao movimento da reforma pelas crianças e adolescentes constituem-se, nesta virada de século, como um dos mais importantes desafios a enfrentar. Ausentes da agenda de debates, excluídas das proposições de políticas públicas de saúde mental, silenciadas nos documentos oficiais, as crianças vêm sorrateiramente evidenciar que restam intactas certas produções asilares, em sua maioria sedimentadas fora dos hospícios, mas capazes de ser tão nefastas como se tivessem sido produzidas intramuros.(2001, p.133).

A infância é vista como uma fase de aprendizado, pureza, beleza e felicidade, sendo inviável para a maior parte da população, articular loucura e infância, pois isso representa o rompimento desse ideal de período sem problemas alarmantes.

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), tributar a uma criança a enigmática condição louca, exige um duro exercício de rompimento com os ideais que na modernidade sustentaram sua inclusão diferenciada e valorada na cena social.

Partindo do princípio que se deve romper a idéia de uma infância perfeita, sem nenhum problema, e sim encarar a realidade de cada criança e fazer as intervenções necessárias, Couto (2001) diz que:

É deste ponto que teremos que partir se quisermos reescrever a história das ações públicas de saúde mental, alterando o atual estado da arte. Sem esta tomada de posição, corremos o risco de ver perpetuada a lógica do “cresça e apareça” que vem isentando o campo da saúde mental de responder pelo cuidado ético de crianças e adolescentes. Afinal, no atual estado das coisas, só ao alcançarem a maioridade cronológica adquirirão visibilidade para os agentes do cuidado neste campo, ao ingressarem nas tramas sem saída das instituições asilares.(2001, p.138).

A falta de políticas oficiais de saúde mental para infância e adolescência resultou muitas vezes em ausência de tratamento ou em uma terapêutica inadequada, pois as políticas de saúde mental não eram direcionadas para essa população.

Uma política de saúde mental específica para este segmento auxiliaria substancialmente a ampliação do sistema de serviços, daria institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes acerca das questões que lhe são próprias, e contribuiria para o avanço das pesquisas nesta área. No Brasil, é fato recente o reconhecimento, pelas instâncias governamentais, de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo

desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. (Couto; Duarte; Delgado, 2008, p.391)

Alguns fatores levaram a esse atraso no investimento em ações para o surgimento de uma política para saúde mental infanto-juvenil. Um deles é a maior qualificação para obter o diagnóstico, porque além da criança, é necessário recorrer aos familiares, professores e/ou pessoas que convivam com essa criança.

Um outro fator é que o conhecimento sobre as consequências de um transtorno mental na infância e adolescência para a vida adulta, é recente.

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008):

Não foi ainda quantificado o impacto das condições psicopatológicas da infância e adolescência em termos de tempo geral de vida perdido (anos ou dias) e/ou carga global das doenças. Uma vez efetuado, este procedimento – que foi decisivo para a inclusão da saúde mental de adultos na esfera da saúde pública – poderá revelar mais claramente a magnitude dos danos em questão, e ratificar a urgência no enfrentamento do problema, já que grande parte dos transtornos psiquiátricos diagnosticados em adultos tem história de início na infância ou juventude.(Couto, Duarte e Delgado, 2008, p.391).

Apesar de estudos que comprovem os danos causados na fase adulta por transtornos psiquiátricos não tratados adequadamente na infância, grande parte dos países continua sem políticas oficiais voltadas para essa população.

Os Capsi (Centros de Atenção Psicossocial Infanto - Juvenil) consistem na principal ação para melhorar o atendimento a crianças e adolescentes, são financiados pelo SUS e compostos por equipes multiprofissionais.

Por se tratar de um serviço territorial, o Capsi de cada região atende a um limitado número de crianças e também oferece apoio e atendimento às famílias desses pacientes.

Os casos são avaliados como intensivos, semi-intensivos e não intensivos e é dada prioridade aos casos de psicóticos, autistas ou qualquer outro que começa a prejudicar a vida social, tanto no ambiente escolar quanto em sua comunidade.

Os CAPSi são também encarregados de desenvolver ações para conhecimento e ordenação das diferentes demandas que concernem à saúde mental da infância e adolescência no território sob sua responsabilidade. Esta inflexão para o território, conjugada ao atendimento dos casos, imputa a estes serviços um duplo mandato: terapêutico e gestor. Este último deve ser realizado por meio: 1) do levantamento das reais necessidades em saúde mental presentes no contexto social específico onde está inserido e nos equipamentos públicos locais como, por exemplo, escolas, conselhos tutelares, abrigos, postos de saúde e demais, por

intermédio de reuniões regulares e/ou outras estratégias pertinentes; 2) da pactuação de fluxos pelos diferentes serviços/setores, visando à melhor cobertura das demandas que, mesmo não requerendo tratamento diário e intensivo, exigem cuidado e tratamento(Couto;Duarte;Delgado, 2008,p.393).

A criação do Capsi deve aumentar intensamente, pois existem muitas regiões que contam somente com Caps dos tipos I, II, III e AD.

Esses dispositivos, quando necessário, recebem as orientações e treinamentos direcionados para a parte infanto-juvenil, porém esse não é o ideal, já que o ambiente para atendimento é voltado para o público adulto.

Há muito no que avançar, não só no que diz respeito à abertura de novos CAPSi, mas também na sensibilização dos outros dispositivos, como os ambulatorios e a rede de atenção básica, para os problemas que concernem à população infantil e juvenil. Também os outros parceiros como a assistência social, os conselhos tutelares, as instâncias jurídicas e a educação devem ser capacitados para o trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. A forma como um município de grande porte vai realizar a assistência será diferente daquela realizada por um município de pequeno porte. Nas grandes cidades, será necessária uma rede mais complexa.(Couto e Martinez,2007, p.34).

É de extrema importância o investimento também nas escolas, por ser um ambiente em que a criança passa grande parte de seu dia, explicando para os professores, diretores e funcionários de cada instituição, que devem estar atentos para manifestações que sinalizam algum transtorno mental, como o ato de se isolar, falta de concentração intensa, agitação exacerbada, agressividade, grande dificuldade de aprendizagem, dentre outras.

Para isso, devem receber as orientações necessárias para lidar com cada situação, desenvolvendo a capacidade de observar sempre, sabendo interferir da maneira correta, informando aos pais e sugerindo encaminhamento caso necessário, para um profissional da área de saúde mental para averiguar a existência de algum possível transtorno.

Em todas as regiões do país, as escolas, em primeiro lugar, seguidas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença em relação aos demais serviços, sinalizando a importância destes

dispositivos na construção de uma rede de cuidados em saúde mental, ampliada e inclusiva. Os setores da educação e da atenção básica - como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil - podem ter função de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde, e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais. (Couto, Duarte e Delgado, 2008, p.394).

Em muitos locais, as crianças com transtorno mental são direcionadas à rede filantrópica, como a APAE, que muitas vezes não contam com a supervisão, colaboração e informações de equipes qualificadas de Saúde Mental. Isso ocorre devido à ausência de serviços especializados para esse público.

Existem também abrigos para crianças deficientes, que partiram de uma idéia de prestar assistência a esses pequenos indivíduos que muitas vezes encontram-se em situação de abandono, porém acabam tornando-se locais de isolamento para as crianças e adolescentes que os habitam.

Construídos para cumprirem uma função social de proteção e cuidado, esses abrigos acabaram se constituindo em instrumentos de exclusão, reproduzindo um modelo que, se francamente criticável, tem se mostrado tenaz e resistente à sua desconstrução. Sua vigência e total hegemonia como aparato assistencial, recobrando grande parte da destinação atual dos recursos desta área, exige de todos uma profunda reflexão e conclama os agentes transformadores do campo da saúde mental a construir ações eficazes de suporte à desinstitucionalização de crianças e adolescentes.(Couto,2001, p.140)

Os profissionais da área devem lutar para mudar essa realidade, trabalhar para que essas crianças tenham um atendimento singular e de qualidade. Segundo Couto e Martinez (2007):

A possibilidade de crianças e adolescentes efetivamente chegarem aos serviços de saúde mental depende de um tempo de trabalho anterior que terá conseqüências sobre como poderão vir a ser recebidos. Esperar sua chegada não tem sido suficiente. O trabalho de recepção às crianças e adolescentes não é uma tarefa que se possa realizar a partir de uma posição passiva. Há um trabalho preparatório do terreno, necessário para que essa chegada possa acontecer e favorecer uma liga, um laço, se não de tratamento, ao menos de referência para que voltem quando quiserem e precisarem(2007,p.30).

É muito importante levar em consideração a inserção social da criança com transtorno mental, pois com frequência ela mesma se isola das outras, e fica difícil

estabelecer um diálogo com ela. Para isso, o profissional deve usar de diversas formas para se aproximar e estabelecer um vínculo com ela.

Para Couto e Martinez(2007):

Para tirar conseqüências da afirmação de que a direção do trabalho em saúde mental com crianças e adolescentes é clínica, temos que, de partida, reconhecer neles a condição de sujeito e, a um só tempo, fazer a aposta de que há um sujeito a ser reconhecido. Isso só pode ser feito um a um. Para alguns, a linguagem, a palavra falada e articulada, será o ponto de partida. Para outros, sons aparentemente sem sentido, palavras soltas, comportamentos bizarros serão o ponto de partida. (2007, p.48).

Outra questão é que o profissional deve ter em mente que ao lidar e cuidar desses pacientes, muitas vezes ele vai experimentar situações em que a criança não vai responder como ele espera ao tratamento, deve-se sempre promover um cuidado eficaz, que não tenha como prioridade o uso de medicamentos e o simples cumprimento das tarefas e rotinas de uma maneira pré-estabelecida, pois muitas vezes isso não é possível, além de fugir do que deve ser foco sempre, o acolhimento.

Para realizar um cuidado eficaz, os pais e outros familiares devem ser incluídos no atendimento, suas dificuldades devem ser ouvidas, dúvidas esclarecidas, e o apoio e escuta são peças fundamentais para conseguir incluir esse familiares no cuidado, evitando julgar e querer mudar toda a rotina deles em função da criança.

Aproximar os familiares do trabalho é outro grande desafio e, muitas vezes, o profissional se posiciona de uma forma que estabelece um cabo de guerra, exigindo o que eles não podem dar. Não se pode esperar, por exemplo, que um pai deixe de beber para chamá-lo a participar do tratamento de seu filho. Nem podemos esperar que uma mãe consiga se desobrigar de outras responsabilidades como, por exemplo, do trabalho, para dedicar-se exclusivamente aos cuidados com sua criança. É necessário aceitar e incluir as dificuldades dos pais e parceiros na construção de uma terceira via. (Couto e Martinez, 2007,p.47).

São muitos os desafios que a Saúde Mental Infanto-Juvenil deve enfrentar ainda e muitas barreiras a vencer, a começar pela necessidade urgente de uma política oficial que atenda às suas necessidades, um aumento significativo no número de Capsi por todo território nacional e uma maior qualificação dos outros



tipos de Caps para atender crianças em regiões que não é possível a abertura do específico para elas.

## 2.4 – O CUIDADO DOS FAMILIARES NOS CAPS

Diversas são as causas atribuídas ao desenvolvimento dos transtornos mentais, dentre as mais frequentes estão as de origem emocional, biológica e social. No entanto ainda existe uma lacuna no que diz respeito ao transtorno mental e seus fatores desencadeantes, o que resulta frequentemente na estigmatização da loucura, que vem acompanhada de preconceitos e concepções equivocadas.

A valorização da participação da família no tratamento e acompanhamento do portador de transtorno psiquiátrico é recente, pois em períodos anteriores, a exclusão do doente em relação à família e demais membros da sociedade, era considerada primordial para o cuidado do paciente.

A família afastava-se dos cuidados ao doente, pois essa relação era subsidiada pelo paradigma da exclusão do doente, sendo considerada uma das causas para a doença de seu familiar. Contudo, se a família era afastada do doente devido ao entendimento de que dificultava o tratamento do mesmo, hoje ela é incluída, pelo entendimento de que o portador de doença mental necessita de um tratamento digno, e que a participação da família é fundamental para sua recuperação. Essa visão é compatível com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, onde o enfoque à família passa a ser outro, e onde houve toda uma mudança de princípios, cabendo colocar sucintamente a evolução histórica desse processo, que elucida essas mudanças.(Spandini e Souza,2006, p.124).

Uma família que acolhe e aceita a doença de seu familiar, promove assim um êxito maior no tratamento e cuidado, enquanto uma família que recusa essa aceitação tem como consequência um ambiente familiar desarmonioso, muitas vezes com complicações no quadro apresentado pelo ente afetado.

É muito importante também, a participação dos familiares e usuários no âmbito político, buscando a desinstitucionalização e diminuição das internações, para que assim o cenário da saúde mental possa avançar, e proporcionar uma maior qualidade de vida para as pessoas inseridas nesse contexto.

Quando se fala em desinstitucionalização, pensa-se na superação do antigo modelo de cuidados em saúde mental, transferindo o tratamento e acompanhamento de dentro dos ambientes fechados, como hospitais para o ambiente externo, como Caps, o mais próximo possível da sociedade e familiares.

Os profissionais de saúde devem sempre procurar estimular a participação dos familiares, para que assim, um trabalho satisfatório seja realizado, com maiores conquistas para o usuário e sua família.

Para Camatta e Schneider(2009):

Pensamos que os profissionais de saúde mental, juntamente com usuários e familiares, são importantes protagonistas no processo de transição paradigmática do modo asilar para o modo psicossocial em saúde mental. Embora esta responsabilidade deva ser partilhada por todos os interessados (usuários, familiares, profissionais, governantes e sociedade em geral), cabe aos profissionais catalisar este processo. (2009,p.483).

O Caps como principal estratégia atual de modelo de assistência em saúde mental, possibilita uma maior participação da família, tornando-se peça fundamental no tratamento e acompanhamento do usuário, ao mesmo tempo em que esses familiares também recebem tratamento e apoio da equipe multiprofissional que o compõe.

Segundo Ferreira, Tocantis e Nogueira(2009):

A sua estratégia de assistência integra o CAPS ao Sistema Único de Saúde (SUS) incorporando seus princípios e diretrizes: acesso universal, público e gratuito aos serviços de saúde; a integralidade de suas ações, no sentido de atender cada indivíduo como um todo; a equidade do atendimento, refletida na superação de toda e qualquer diferença social; a descentralização dos recursos de saúde, ao garantir a qualidade do cuidado o mais próximo dos usuários; e o controle social, para a participação da sociedade (2009,p.236).

Os Caps foram regulamentados pela Portaria 336 de 2002, para substituir o modelo hospitalocêntrico, buscando a reinserção do indivíduo, promovendo um atendimento diário, dando suporte em relações familiares e sociais, inclusive na

relação do usuário consigo mesmo.

Segundo Camatta e Schneider(2009):

Na tentativa de sanar tal ruptura, surge com o modo psicossocial a possibilidade de implementação de um novo modelo fundamentado na relação de respeito, solidariedade e cidadania. Assim, observamos que as legislações no campo da saúde mental têm se preocupado cada vez mais, não só com a assistência do sujeito em sofrimento psíquico, mas também de sua família, levando a equipe de saúde mental em considerar esta dimensão do seu trabalho nos diferentes tipos de serviços de atenção em saúde mental. (2009, p.478).

Para Wetzal e Kantorski(2004):

Tendo como meta a inserção social do doente mental, a mudança deve englobar a relação que se estabelece entre usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade. A mudança de papéis, a democratização das instituições, e o envolvimento e responsabilização da comunidade devem somar-se aos objetivos técnicos do atendimento. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar, e as práticas e saberes tradicionais necessitam ser reconstruídos para responder a essa transformação. Espera-se que todos os envolvidos na assistência em saúde mental possam constituir-se como sujeitos no processo de assistência, com os poderes sendo negociados, de forma que a construção de identidades possa substituir o processo de despersonalização que atinge a todos envolvidos no sistema asilar (2004, p. 594).

Em relação às atividades e serviços oferecidos pelos Caps, Mielke *et al* (2009), apontam:

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário.( Mielke *et al*,2009, p.160).

Os Caps são divididos em: Caps I, Caps II e Caps III, Capsi II(Infanto- Juvenil) e Caps AD II(álcool e outras drogas), de acordo com o grau de complexidade e número da população.

Uma equipe de saúde bem preparada para assistir a criança portadora de transtorno mental e sua família em hospitais psiquiátricos, ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), é de suma importância.

As famílias precisam de programas de apoio apropriados para potencializarem ao máximo suas próprias capacidades. Seus direitos e o dos seus filhos configuram-se na igualdade de acesso contínuo ao espaço comum da vida em sociedade e a todo tipo de oportunidade. Intervenções que contextualizem a vida delas na comunidade são essenciais no sentido de promover as adequações para que possam adquirir condições de inclusão e de vida na sociedade (Barbosa, 2009, p.411).

O CAPS infantil (CAPSi) estabelecido na Portaria nº. 336/GM em 19 de fevereiro de 2002 é um dispositivo de atenção psicossocial destinado a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. Estes possuem características como:

- Prestam serviços ambulatoriais diariamente a crianças e adolescentes, acometidos por transtornos mentais;
- Atendimento às famílias dos usuários;
- Atendimento domiciliar;
- Promove atividades que facilitam a integração das crianças e adolescentes na família, escola e em outros meios sociais;
- Promove atendimento em oficinas terapêuticas;
- Promove atendimento individual, com tratamento medicamentoso, orientação e psicoterapia;
- Promove atendimento em grupos.

A equipe mínima do CAPS i deve composta por um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; por um enfermeiro e mais cinco profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem, técnico administrativo, artesão e mais quatro profissionais de nível superior, como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentre outros.

Os familiares de crianças portadoras de transtornos mentais necessitam em sua maioria, de acompanhamento do CAPS, pois geralmente sentem uma grande insegurança e solidão em diversos momentos.

O CAPS i auxilia significativamente na maneira que a família pode promover a reabilitação da criança, colaborando assim, para um ambiente familiar mais harmonioso e com maior interação entre seus membros.

### 3. CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO E ABORDAGEM

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa. Podemos elucidar que pesquisas descritivas podem ser assim definidas de acordo com Gil (2008, p.28): “As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

E ainda para Triviños (1992, p.110): “o estudo descritivo pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

A pesquisa exploratória segundo Figueiredo e Souza (2005, p. 79):

Consiste também em investigações empíricas, porém o objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

Para Gil (2008, p. 26):

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos e hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento.

Em relação à abordagem qualitativa, Teixeira (2007, p.137), diz que:

teoria e os dados, entre o contexto e a ação, usando a lógica da análise fenomenológica, isto é, da compreensão dos fenômenos pela sua descrição e interpretação. As experiências pessoais do pesquisador são elementos importantes na análise e compreensão dos fenômenos estudados. A pesquisa qualitativa tem as seguintes características: a) o pesquisador observa os fatos sob as ópticas de alguém interno à organização; b) a pesquisa busca uma profunda compreensão do contexto da situação; c) a pesquisa enfatiza o processo dos acontecimentos, isto é, a seqüência dos fatos ao longo do tempo.

E ainda segundo Figueiredo e Souza (2005, p.72):

O método qualitativo fundamenta-se em informações deduzidas das interações interpessoais e da co-participação dos informantes. O pesquisador é um participante ativo, ele interage em todo o processo, compreende, interpreta e analisa os dados a partir da significação das informações coletadas.

### 3.1 MÉTODO

O método utilizado foi o estudo de caso.

Para Gil (2008, p.58), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados.

Figueiredo e Souza (2005, p.92) caracterizaram como o estudo mais utilizado nas pesquisas de campo do tipo exploratórias, visando inclusive levantar questões para outros estudos através de dados qualitativos.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos foram os familiares das crianças portadoras de transtornos mentais, vinculadas ao Capsi Monteiro Lobato, que demonstraram interesse e disponibilidade para participar do estudo em questão.

Os sujeitos participantes dessa pesquisa foram identificados pela letra "P", correspondente à palavra pais, e também receberam um número de acordo com a realização da pesquisa. Sendo assim, o primeiro familiar entrevistado foi caracterizado como P1, o segundo como P2 e assim sucessivamente.

### 3.3 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (Capsi) Monteiro Lobato, localizado no município de Niterói-Rj.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada, guiada por um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas elaboradas a partir dos objetivos desse estudo e gravados em MP3, e posteriormente transcritos e analisados.

Segundo Triviños (1992 p.146), a entrevista semi-estruturada consiste em:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

E ainda, para Minayo (2007, p.191):

Para essa modalidade de abordagem, o roteiro desdobrar os vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas. Os tópicos devem funcionar apenas como lembretes, devendo na medida do possível, ser memorizados pelo investigador quando está em campo. Servindo de orientação, o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância.

O número amostral estabelecido foi de dez pais participantes. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, tendo garantia do anonimato e diante disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise do material foi feita com o agrupamento dos dados para colocar em evidência as qualidades que por sua semelhança se constituíram em categorias de eventos as quais foram reagrupadas em tema e sub-temas. Ao formar as categorias, foi realizada uma comparação dos dados coletados com os encontrados na revisão de literatura.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos receberam orientação sobre a pesquisa e a assinatura do termo de compromisso, pois a pesquisa foi submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa que é obrigatório a todas as pesquisas que envolvem seres humanos, segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde estabeleceu as regras para a constituição desses Comitês e fixou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (FIGUEIREDO; SOUZA, 2005 p.141). Ressalta-se que esses sujeitos puderam se retirar do estudo caso achassem conveniente a qualquer momento.

A realização da pesquisa não implicou em exposição a riscos físicos, psicológicos, econômicos ou sociais aos sujeitos envolvidos na medida em foram adotados todos os princípios necessários para preservação da integridade dos sujeitos.

Este estudo proporcionará uma reflexão sobre necessidade de participação dos familiares no cuidado oferecido às crianças portadoras de transtornos mentais. Sendo assim, a pesquisa é de grande importância, pois reflete o papel essencial da família na vida de uma criança com transtorno mental, oferecendo medidas de apoio e trazendo conhecimento para os familiares, para que assim, possam se sentir mais aptos a desenvolverem esse cuidado.

Acredita-se que esse estudo possa contribuir para uma melhora na assistência oferecida à criança acometida por transtorno mental, e para todos os membros de sua família, ajudando a fortalecer o vínculo entre profissional, família e usuário e obtendo assim, um tratamento mais eficaz.



Em 12/08/2011, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, da Faculdade de Medicina/ Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, com número de protocolo CEP CMM/HUAP nº195/11 e CAAE: 0204.0.258.000-11.

## **4-APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

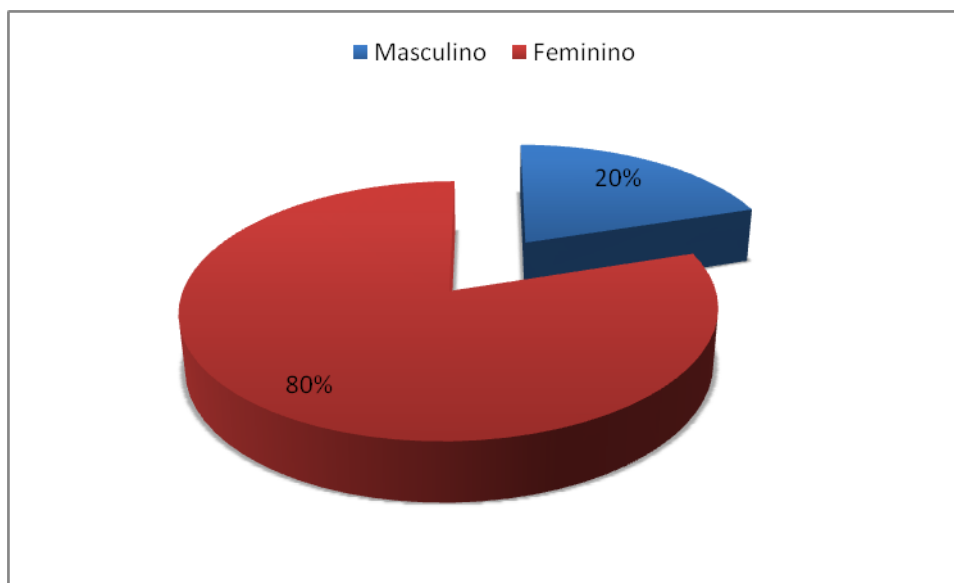
Neste capítulo apresenta-se os dados coletados mediante a realização de entrevista semi-estruturada, com os pais de crianças vinculadas ao Capsi Monteiro Lobato, contendo a identificação dos sujeitos e quatro questões acerca da participação desses pais, como eles vêm o atendimento prestado pelo Capsi Monteiro Lobato, além das questões relacionadas à convivência familiar e como o cotidiano deles foi afetado devido ao transtorno mental apresentado pelo filho deles.

Os referidos dados foram coletados no mês de Outubro de 2011 no Capsi Monteiro Lobato, localizado no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

### **4.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

Conforme foi instituído na metodologia dessa pesquisa, os entrevistados foram pais de crianças portadoras de transtorno mental, vinculadas ao Capsi Monteiro Lobato. A identificação dos pais se deu de acordo com o sexo, idade e escolaridade dos pais.

**Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com sexo. Niterói, 2011.**



Masculino = 20%

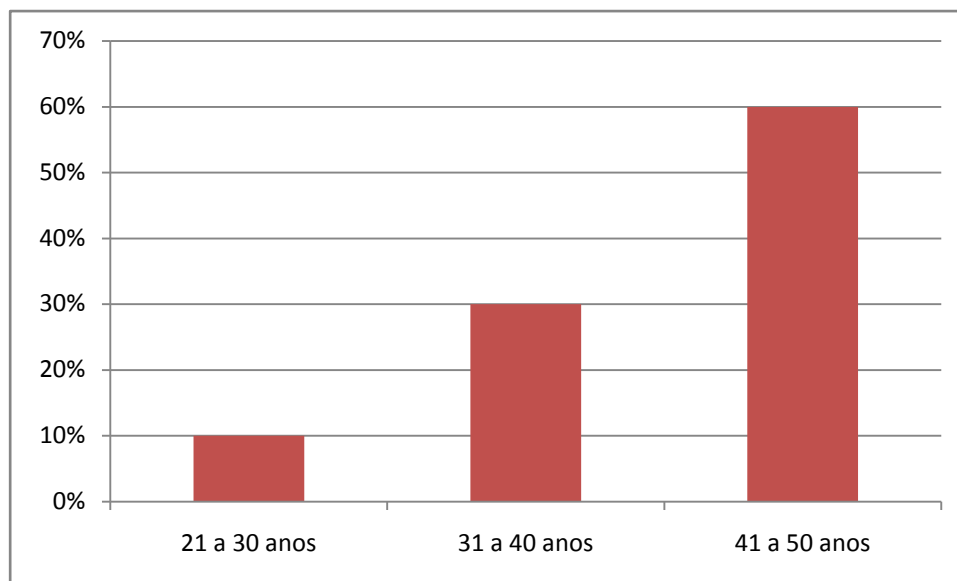
Feminino = 80%

Total= 10 (100%)

Dentre os pais entrevistados, 20% eram do sexo masculino, enquanto 80% eram representantes do sexo feminino. Isso ainda reflete a predominância da mulher no cuidado e acompanhamento de seus filhos.

Segundo Barbosa *et al* (2009), geralmente o vínculo entre mãe e filho é muito forte e de relação muito dependente entre os dois, pois em grande parte do tempo, ela se dedica aos cuidados e atenção a esse filho, para assim, sentir que está cumprindo com responsabilidade a maternidade.

**Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com faixa etária. Niterói, 2011.**



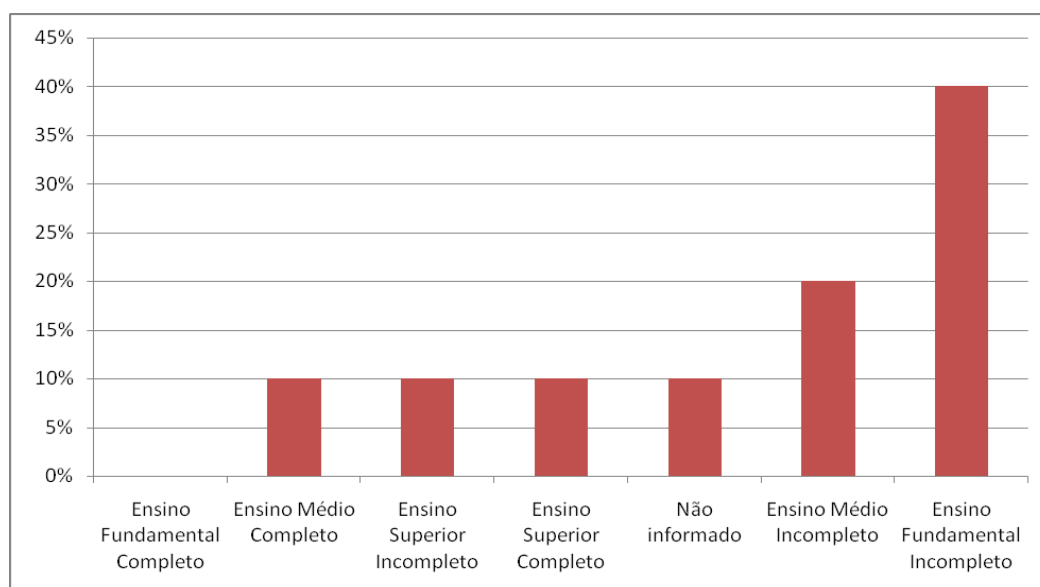
De 21 a 30 anos= 10%

De 31 a 40 anos = 30%

De 41 a 50 anos = 60%

Da clientela pesquisada, o predomínio é da faixa etária de 41 a 50 anos, com um percentual de 60 %, 30% são da faixa etária de 31 a 40 anos e 10% na faixa etária de 21 a 30 anos.

**Gráfico 3. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a escolaridade. Niterói, 2011.**



Ensino Fundamental Incompleto = 40%

Ensino Fundamental Completo = 0%

Ensino Médio Incompleto = 20%

Ensino Médio Completo = 10%

Ensino Superior Incompleto = 10%

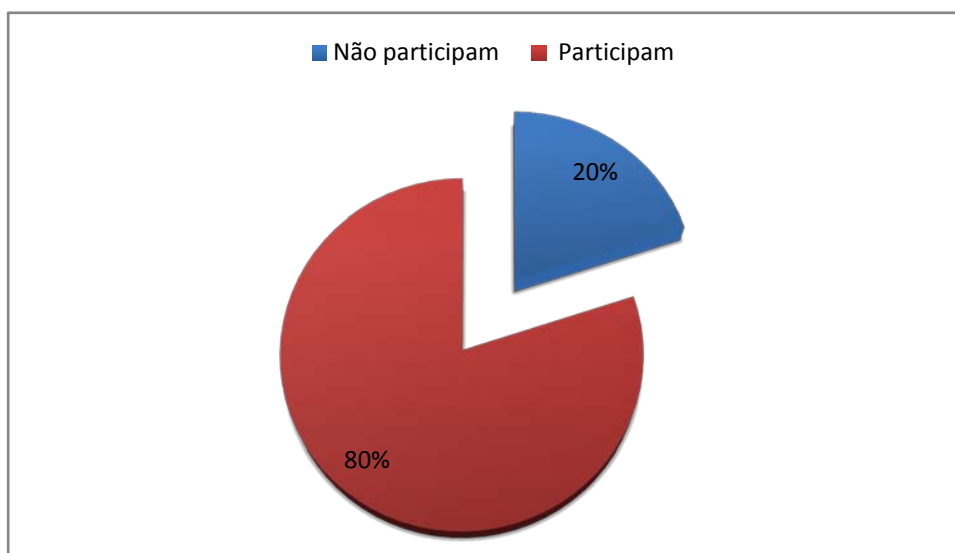
Ensino Superior Completo = 10%

Não Informado = 10%

Apesar do avanço das políticas de educação, um número significativo de pessoas não concluiu o Ensino Fundamental, isso reflete a importância dos serviços atentarem para o apoio à essa população, tentando investir mais em políticas educacionais.

#### 4.2 - O CAPSI E OS FAMILIARES

**Gráfico 4. Distribuição dos sujeitos da pesquisa de acordo com a participação ou não nas atividades desenvolvidas no Capsi. Niterói, 2011.**



Participam = 80%

Não participam = 20%

De acordo com Spandini e Souza (2006), hoje a família é incluída no cuidado em saúde mental, pois entende-se que um portador de doença mental necessita de um tratamento digno e que a participação da família é fundamental. O valor da participação familiar na assistência ao doente mental é reconhecido, para uma melhor qualidade na vida do paciente e da família, e para isso é necessário que o profissional conheça todo o contexto em que vivem o paciente e seus familiares, oferecendo apoio e instruções necessárias, ajudando o portador a ser participante ativo no processo terapêutico, voltando-se para o núcleo familiar, oferecendo suporte necessário.

Segundo Moreno e Alencastre (2003), a família tem ocupado um lugar privilegiado nas discussões sobre políticas públicas, sendo incluída na formulação de um novo modelo de atenção à saúde e na saúde mental, esses familiares são convocados a participar ativamente no projeto terapêutico e são atores privilegiados na luta por uma condição melhor na assistência psiquiátrica.

De acordo com os dados levantados, cerca de 80% da população estudada participa de alguma atividade oferecida no Capsi Monteiro Lobato, o que reflete uma participação dos familiares no serviço de saúde mental.

#### 4.2.1 –Atividades mais citadas pelos pais:

- Acompanhamento psicológico;
- Assembléia de pais;
- AUFA (Associação dos Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental).

*“Eu participo da Aufa, que é a Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental e estou super envolvida nas questões da Saúde Mental.” (P7)*

*“Quando tem algum movimento das reuniões, das assembléias, da Aufa e assim... eu to sempre pronta pra estar ao lado do Capsi.” (P8)*

A participação dos pais em atividades que auxiliam na organização e planejamento do serviço é muito importante, pois trazem para cena de cuidado os familiares. Na atenção psicossocial é impossível pensar em uma atividade que não contemple os familiares. A Saúde Mental adota entre outras, a clínica do sujeito (Campos, 2003), que contempla o sujeito, seus familiares e o próprio contexto no qual estão inseridos.

*“Eu tenho um acompanhamento aqui (Capsi) também né... faço acompanhamento psicológico.” (P9)*

Cada vez mais, é reforçada a importância da participação dos pais e demais familiares na assistência e acompanhamento do filho, recebendo também esse acompanhamento e suporte.

De acordo com Barbosa *et al* (2009), é muito importante o suporte aos familiares, compreendendo essas famílias e empoderando-as do cuidado com o filho, para assim estabelecer o vínculo de confiança, para assim oferecer ao filho condições de desenvolvimento, crescimento e inclusão social.

Segundo Silva; Lippi; Pinto (2008), o adequado suporte à família é essencial para a atual proposta assistencial em saúde mental, porque muitas vezes as famílias se colocam contra o modelo atual de assistência, devido à ausência de condições adequadas à inserção do doente.

#### 4.2.2 - Percepção dos familiares sobre o atendimento prestado no Capsi Monteiro Lobato

O Capsi é a principal estratégia para cuidar das crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, rompendo com o antigo modelo asilar de cuidado e dando uma maior atenção ao público infanto-juvenil.

Segundo Ferreira, Tocantins e Nogueira(2009), o Capsi surge como modelo para tratamento do usuário, sem alienação do convívio social, permitindo que os familiares e pessoas que o acompanham, vivenciem a estrutura da saúde mental, podendo agir com mais recurso no cuidado, participando de reuniões familiares, falar de problemas em comum, receber informações sobre diagnósticos.

Diante das entrevistas realizadas, percebe-se o quanto o atendimento, atenção e suporte oferecidos pelo Capsi Monteiro Lobato são essenciais aos familiares, tendo papel de referência na vida de muito deles, proporcionando mais conhecimento acerca da psicopatologia dos filhos, oferecendo maiores condições para enfrentar a rotina e melhoras no quadro e comportamento dessas crianças.

*“Aqui que eu encontrei essa ajuda... o socorro que eu precisava (nesse momento se emociona ao falar)... pra mim e pra ele... porque o tratamento não foi somente pra meu filho... foi pra mim... porque a Marcela (psicóloga), o Dr Marcus (psiquiatra), me ajudaram muito mesmo... entendeu... muito...” (P3)*

*“A psicóloga dela me ajudou muito... ela me mostrou que eu não to sozinha (nesse momento se emociona), porque antes, eu não sabia o que fazer, e ela me mostrou que eu não to sozinha, que eu tenho sempre a ajuda do Capsi caso eu precise de alguma coisa... então até o meu comportamento mudou muito depois.” (P6)*

*“O Capsi Monteiro Lobato é referência na minha vida, na vida da minha filha, na minha casa, enfim...em tudo, porque graças ao tratamento, mesmo com a falta de infra estrutura...sucateada, os profissionais são assim...realmente envolvidos com as questões a que dedicam...”( P7)*

*“Olha... o atendimento faz toda a diferença, porque os profissionais são altamente qualificados, mesmo não tendo espaço, não tendo boa limpeza, a casa caindo aos pedaços, os profissionais tentam suprir isso com o trabalho deles.” (P8)*

#### 4.3 - CONVIVÊNCIA E COTIDIANO DOS PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS



A convivência com uma criança portadora de transtorno mental pode atingir os familiares, tanto em aspectos emocionais, quanto físicos e financeiros. A rotina é alterada, a dificuldade em conviver com sintomas psiquiátricos, a impossibilidade de manter um trabalho, relações sociais e um equilíbrio no lar, são fatores que prejudicam a qualidade de vida desses familiares.

Segundo Melman (2010), o adoecimento de um filho abala os pais de forma intensa na maioria das vezes, pois isso pode representar para eles uma falha na missão de cuidar dos filhos.

Para Pereira (2003), a ansiedade, a redução de relações sociais, culpa, pouca informação sobre transtornos mentais, são aspectos objetivos e subjetivos que podem interferir no cuidado dos familiares junto a essas crianças.

#### 4.3.1 - A convivência familiar junto ao transtorno mental

Diante das entrevistas realizadas, percebe-se que para parte dos pais, de uma forma geral, a convivência familiar com o transtorno mental é mais satisfatória ao longo do tempo, pois após as adaptações necessárias, os pais conseguem manter uma rotina de acordo com as necessidades de seu filho, passando a encarar e enfrentar os problemas com mais experiência e aceitando as mudanças sofridas na dinâmica familiar.

Para Macedo *et al* (2009), a presença de uma criança doente na família, inevitavelmente leva a um desequilíbrio no lar, principalmente quando se trata de um sofrimento psíquico de moderado a grave.

*“Eu tive que parar de trabalhar quando ele completou 15 anos pra poder ficar com ele, pra poder dedicar parte da minha vida a ele, não deixo faltar nada... eu levo no médico, levo ele pra passear.” (P1)*

*“É boa... eu moro com o filho e o marido, no momento não estou trabalhando porque eu fiquei disponível pro meu filho que tem problema.” (P4)*

*“Agora ta melhorando, porque era bem complicado... assim... eu sou separada, moro com outra pessoa, o Robson (filho) não aceita, mas agora ta começando a melhorar.” (P5)*

*“Meu dia a dia, minhas preocupações sempre foi o fato assim com meu filho... e com meu esposo entendeu... porque sou eu, meu esposo e meu filho, aí o dia a dia é correria de escola... é aquela preocupação... de ter que fazer a parte de casa... e muitas vezes não acabo... não tem o tempo que é necessário pra eu fazer tudo que é pra uma dona de casa... entendeu... isso me traz um pouco de preocupação.” (P3)*

*“É tranquila... eu tenho duas filhas... tenho o meu marido, que não é pai da Mariana que faz tratamento aqui, mas é como se fosse, porque ele dá um apoio assim sabe... ele me ajudou muito com ela.” (P6)*

*“Vivo normal sabe... trabalho, casa, nada diferente de ninguém.” (P7)*

*“Eu vivo praticamente, eu e meu filho, a gente vive sozinho.” (P9)*

*“Eu no caso, trabalho, trabalho muito, o tempo que tenho disponível é todo pra ele, trabalho igual um louco e procuro sempre satisfazer as vontades dele pro melhor dele né...” (P10)*

#### 4.3.2 - Cotidiano dos pais com crianças com transtorno mental

O lar é um local de suma importância para a criança, por isso deve ser um ambiente de harmonia, porém o cotidiano com o transtorno mental e todas as suas dificuldades, pode ser muito difícil, com inúmeros aspectos alterados e afetados.

Segundo Pereira (2003), pode ocorrer: descompasso temporal, que é a diferença de ritmo de vida entre familiares e paciente, o que provoca desânimo nos pais, porque não vêem o filho acompanhar as atividades, podendo gerar também vergonha, raiva e incompreensão; a culpa por achar que foi algum erro na criação; desavenças e conflitos na família e perdas de convívio social e rotina de trabalho por exemplo.

Para Barbosa *et al* (2009) o cotidiano da família e as suas relações sociais, principalmente a da mãe, são afetadas pelo tempo de dedicação que é necessário ao filho acometido pelo transtorno mental.

Através das entrevistas realizadas, conclui-se que os pais são afetados principalmente no que diz respeito ao trabalho, tendo que muitas vezes abandonar o emprego, ou adaptar os horários e local de trabalho com a rotina do filho e no casamento, tornando difícil manter uma relação conjugal diante de tantos problemas enfrentados relacionados ao transtorno mental apresentado pelo filho.

*“Foi afetado em uma parte porque eu tive que parar de trabalhar fora pra trabalhar em casa.” (P1)*

*“Mexe com o casal... porque o marido... o homem é mais difícil ele aceitar... porque a mulher... a gente que é mulher fica naquela... sofre muito... sofre pelas duas pessoas, sofre pelo lar né... porque o lar passa por um momento difícil... se o marido não suportar... o marido procura o caminho de que?Da separação! Quer dizer...o homem...então a mulher pega uma fase muito difícil...porque ela tem que lutar pelo filho...e lutar pelo casamento...senão a gente não suporta...ou a gente segura tudo, pedindo socorro, ajuda ou a gente deixa tudo passar...é isso aí...passei por essa situação.” (P3)*

*“Foi... foi... né... eu tive que abandonar meus trabalhos pra poder ficar com ele... pra me dedicar...” (P4)*

*“Atrapalhou porque o Robson (filho) ficou agressivo, não queria aceitar ele (atual companheiro), como não era o pai dele, ele não queria aceitar, mas agora que ele ta aceitando.” (P5)*

*“É... foi porque eu tive que parar tudo assim... eu fazia o curso, eu tive que parar... trabalho... eu começava a trabalhar... eu fazia curso de cabeleireiro, eu tava terminando meu segundo grau... eu tive que parar tudo porque ninguém ficava com ela... trabalhava... eu ia só um dia, no outro dia a pessoa me entregava... ninguém ficava com ela pelo comportamento, tinha medo dos remédios, por ter algum problema... ela ficava dormindo muito, de ficar em coma, alguma coisa assim... então eu tive que parar tudo... hoje não... hoje eu aproveitei que ela deu uma melhorada e estou fazendo tudo de novo.” (P6)*

*“Totalmente... Hoje minha vida profissional, eu tive que dá um corte nela, porque alguém precisava parar a vida profissional pra cuidar de Beatriz... Eu não morava no Brasil, então assim... lá eu não tinha tempo suficiente para dar atenção ao tratamento da Bia...eu tive que voltar ao Brasil, e deixar minha família...minha mãe, minha irmã...eu sou do Brasil, mas eu morava na Flórida, eu tive que vir, todo mundo ficou lá e eu vim pro Brasil... eu vivo em função do que é horário pra ela...Hoje até que tá mais fácil, depois que ela veio pro Capsi, a minha rotina também ficou mais fácil com ela, ela hoje pega ônibus sozinha, ela anda na rua sozinha, ela faz várias coisas que antes ela não fazia.” (P7)*

*“Com certeza... muita coisa... porque a partir do transtorno, o que acontece... a gente tem que mudar o ritmo de vida da gente, a gente tem praticamente que se anular e viver em função do que eles têm que fazer.” (P8)*

*“A minha vida parou, eu deixei de viver a minha vida para viver a vida dele entendeu...mas é...o que eu vou fazer? Se eu não cuidar, quem vai cuidar? E u sou uma pessoa que não vivo há muitos anos, eu vivo pra ele, pra cuidar dele...tratamento, médico, remédio, colégio, pra isso...essa é a realidade, é a verdade...” (P9)*

*“Pode até ter afetado um pouco né... porque a separação é sempre complicado...” (P10)*

## 5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste estudo, pode-se evidenciar a necessidade de maiores investimentos para a implementação de uma política pública oficial destinada à saúde mental infanto-juvenil, pois apesar dos avanços na área da saúde mental, o número de crianças e adolescentes que necessitam de atenção e acompanhamento é muito superior em relação ao número de serviços disponíveis para esse público. A implementação desta política pública destinada à esfera infanto - juvenil acarretará em melhor assistência e maior inserção na sociedade.

O Capsi como principal estratégia de atendimento para essas crianças, possibilita para os usuários e suas famílias, melhores condições para a convivência com o transtorno mental, porém a quantidade desse dispositivo em território nacional, ainda está muito aquém do que realmente é necessário, além da necessidade de uma maior qualificação dos outros tipos de Caps quando os municípios ainda não contam com o Capsi, de ambulatorios e da rede de atenção básica para receber essas crianças e adolescentes.

Diante das falas dos pais entrevistados, é possível destacar a importância do atendimento e acompanhamento do Capsi Monteiro Lobato no cotidiano familiar, pois apesar da bibliografia apontar as dificuldades e mudanças que tanto afetam os familiares, estes relatam que ao longo do tempo e com o suporte oferecido pelo Capsi, intensifica-se a capacidade de enfrentamento e de lidar com as mudanças, aderindo às adaptações necessárias.

Nas entrevistas, foram apontadas algumas dificuldades na convivência, como a manutenção de um emprego, devido à impossibilidade de permanecer longe do filho portador de transtorno mental, gerando conseqüentemente prejuízo financeiro, porém, parte dos entrevistados consegue adaptar os horários de trabalho à rotina do filho e/ou trabalhar em casa.

Outra questão citada em parte das entrevistas foi a dificuldade de manter uma relação conjugal satisfatória, devido aos impasses desencadeados pelo transtorno mental e os sintomas decorrentes no cotidiano, interferindo assim, diretamente na vida do casal.

Com a Reforma Psiquiátrica em curso, tendo os familiares como novos atores na prática do cuidado em atenção em saúde mental, o Capsi tem inserido cada vez mais os pais nesse desenho terapêutico. Para intensificar essa prática inclusiva no cotidiano do serviço, é necessário que seja abordado em reuniões de equipe, como contemplar ainda mais a participação desses pais em atividades do serviço.

É necessário todo um preparo do trabalho no período anterior à chegada das crianças e familiares, para que assim se estabeleça um vínculo, possibilitando um retorno ao serviço e a construção de um espaço de referência e tratamento.

O posicionamento dos diversos segmentos sociais para uma mudança ainda mais significativa no contexto atual, é muito relevante, à medida em que as secretarias de saúde junto às demais esferas de governo e à população, atentarem para a importância de investimento nos serviços destinados ao público infanto-juvenil e a seus familiares, disponibilizando melhores espaços físicos e materiais para o trabalho e investindo em recursos humanos.

A partir desse estudo, foi percebida a importância dos serviços se articularem com os pais, o que é refletido nas entrevistas realizadas, quando mencionam a melhoria que o Capsi proporcionou em suas vidas, tornando essa articulação uma peça chave para o êxito na lacuna que ainda tange às questões de suporte e acompanhamento desses familiares e das crianças portadoras de transtorno mental.

Propõe-se que os aspectos relacionados à criança portadora de transtorno mental e todo o contexto que a envolve, sejam abordados e discutidos de maneira enfática tanto no ambiente dos cursos de graduação, quanto na rede de saúde mental, gerando assim maior inclusão dessa parcela da população no âmbito social, e educacional e possibilitando assim formulação de uma política pública oficial destinada ao público infanto-juvenil.

## 5 - OBRAS CITADAS.

BARBOSA, Maria Angélica Marcheti; PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta; FARIAS Theara Lopes; LEMES Lucyana Conceição. **CUIDADO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA: suporte social acessado pelas mães.** *Rev. gaúch. enferm*;30(3):406-412, set. 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546063&indexSearch=ID>> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):588-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

BRASIL, **Portaria n ° 336** de 19 de Fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 11 de Outubro de 2010.

CAMATTA, Marcio Wagner; SCHNEIDER, Jacó Fernando. **A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial.** *Esc. Anna Nery* vol.13 no.3 Rio de Janeiro Jul/Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a04.pdf>. Acesso em 26 de Outubro de 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Goldinho. **A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.30 no.4, São Paulo, Dec.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>> Acesso em 26 de Outubro de 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gómez. **SAÚDE MENTAL E SAÚDE PÚBLICA: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro. Editora: FUJB em parceria com o NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007. Disponível em: [www.nuppsam.org/page5.php](http://www.nuppsam.org/page5.php) Acesso em 26 de Outubro de 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Novos desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira: necessidade da construção de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes.** III Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001. Brasília. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf) Acesso em 26 de Outubro de 2011.

COLVERO, Luciana de Almeida ; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. **Família e doença mental: difícil convivência com a diferença.** Rev. esc. enferm. USP vol.38 no.2 São Paulo June 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lang=pt)> Acesso em 11 de Outubro de 2010.

FERREIRA, Vinícius Moniz; TOCANTINS, Florence Romijn; NOGUEIRA, Mariana Lima. **Enfermeiro e Familiar de Usuário de Centro de Atenção Psicossocial: necessidade de saúde expressa.** Rev Gaúcha Enferm jun;30(2):235-41. Porto Alegre (2009). Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8186/6680>> Acesso em 26 de Outubro de 2011.

FIGUEIREDO, Antônio Macena de; SOUZA, Soraia Riva Goudinho de. **Como elaborar pesquisas, monografias, dissertações e teses. Da redação científica à apresentação de texto final.** Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2005.

FIGUEIREDO, Maria Almeida de; VIANA, Dirce Laplaca; MACHADO, Wiliam César Alves. **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2010. Vol 1, 440 p.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GONÇALVES, Débora Hexsel; HELDT, Elizeth. **Transtorno de ansiedade na infância como preditor de psicopatologia em adultos.** [Rev Gaucha Enferm](#); 30(3): 533-541, set. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7568/6973>> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2001. 160 p.

MIELKE, Fernanda Barreto; KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; OLSCHOWSKY, Agnes; MACHADO, Marlene Silva. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** *Ciênc. saúde coletiva* v.14 n.1 Rio de Janeiro jan/fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>> Acesso em: 25 de Outubro de 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde.** 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.



PEREIRA, Maria Alice Ornellas; JR, Pereira Alfredo. **Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família.** Rev. esc. enferm. USP vol.37 no.4 São Paulo Dec. 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000400011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000400011&lang=pt)> Acesso em 11 de Outubro de 2010.

PHEULA, Gabriel Ferreira; ISOLAN, Luciano Rassier. **Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes.** Rev. psiquiatr. clín. vol.34 no.2 São Paulo 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000200003&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000200003&lang=pt)> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Morais. **Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental.** Rev. Latino-Am. Enfermagem v.13 n.2 Ribeirão Preto mar./abr. 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000200007&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200007&lang=pt)> Acesso em 11 de outubro de 2010.

SPANDINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares.** Rev. esc. enferm. USP vol.40 no.1 São Paulo Mar. 2006. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>> Acesso em 25 de Outubro de 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação. O positivismo; a fenomenologia e o marxismo.** São Paulo: Editora Atlas S.A., 1992.

VANOLI, Enriqueta Nin; BERNARDINO, Leda Fischer. **Psicose Infantil- Uma reflexão sobre a relevância da intervenção psicanalítica.** Estilos da Clínica, 2008, Vol.XIII, nº25. 250-267p. Disponível em: <

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v13n25/a15v1325.pdf>> Acesso em 25 de Outubro de 2010.

WITIUK, Ilda Lopes; SILVA, Rosangela Castro Ribeiro da. **Família do portador de transtorno mental: vítima ou vilã?** 2003. Disponível em: <

[http://www.cpihts.com/2003\\_07\\_06/Ilda\\_lop.htm](http://www.cpihts.com/2003_07_06/Ilda_lop.htm) > Acesso em 25 de Outubro de 2010.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. **Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica.** Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a12.pdf> . Texto & contexto enferm;13(4):593-598, out.-dez. 2004. Acesso em 26 de Outubro de 2011.

## 5.1 OBRAS CONSULTADAS

CAMPOS, Rosana Onocko. **O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300015&script=sci_arttext) . Acesso em 12 de Julho de 2011.

ESPERIDIÃO, Elizabeth. - **Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica.** Revista Eletrônica de Enfermagem (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 14 de Outubro de 2010

MONDARDO, Anelise Hauschild; VALENTINA, Dóris Della. **Psicoterapia infantil: ilustrando a importância do vínculo materno para o desenvolvimento da criança.** Psicol. Reflex. Crit. vol.11 n.3 Porto Alegre 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721998000300018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000300018&lang=pt) . Acesso em 12 de Setembro de 2011.

MONTEIRO, Ana Ruth Macedo; RIOS, Fernanda Araújo; SOUZA, Larissa; LOBO, Samya de Aguiar; TAVARES, Suzane de Fátima do Vale; AGUIAR, Bruna Lívia Silva de. **A criança e o adolescente em sofrimento psíquico – vivência familiar.** 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Ceará.2009. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00827.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00827.pdf)> Acesso em 11 de Outubro de 2010.

MORENO, Vânia. **Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental.** Revista Brasileira de Enfermagem.Botucatu, São Paulo, vol.63 no.4 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/16.pdf>> Acesso em 2 de Outubro de 2011.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.** Rev Esc Enferm USP São Paulo, 37(2), 43-50, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06.pdf> .Acesso em 14 de Agosto de 2011.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos.** Texto contexto- enferm. vol.17 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400008&lang=pt) . Acesso em 12 de Setembro de 2011.

OLSCHOWSKY, Schran G. **O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família.** Rev Esc Enferm. USP. 2008 Mar.; 42(1): 127-134. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100017&script=sci_arttext)> Acesso em 7 de Outubro de 2011.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **A reforma psiquiátrica no olhar das famílias**. Texto contexto - enferm. vol.13 no.4 Florianópolis Dec. 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400006&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400006&lang=pt) > Acesso em 12 de Setembro de 2011.

Silva ALA, Fonseca RMGS. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Jun.; 13(3): 441-449. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf> . Acesso em 3 de Setembro de 2011.

SILVA, Viviane Aparecida da; LIPPI, Paulo César Mathias; PINTO Cristiano José Mendes. **Doença mental: Dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador**. INTELLECTUS – Revista Acadêmica Digital do Grupo POLIS Educacional – ISSN 1679-8902. Ano 04 [nº 05] Jul./Dez. 2008. Disponível em: < <http://www.seufuturonapratca.com.br/intellectus> >. Acesso em 11 de outubro de 2010

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEEN, Ingrid. **O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização**. Texto contexto - enferm. vol.14 no.3 Florianópolis July/Sept. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lang=pt) . Acesso em 19 de Agosto de 2011.

XIMENES, Liana Furtado; OLIVEIRA, Raquel de Vasconcelos Carvalhães de; ASSIS, Simone Gonçalves de. **Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância**. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200011&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200011&lang=pt) . Acesso em 12 de Setembro de 2011.

## **7- APÊNDICES**

## 7.1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS:

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_

### DADOS DO ESTUDO:

Participa das atividades desenvolvidas no serviço para os familiares?

( ) Sim

( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

- Como você vê o atendimento prestado pelo Capsi Monteiro Lobato aos familiares?

---

---

---

---

---

- Como é a sua convivência familiar?

---

---

---

- Você acha que seu cotidiano foi afetado em função do transtorno mental do seu filho?

---

---

## 7.2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA**

PROJETO DE PESQUISA: “A criança portadora de transtornos mentais e o sofrimento psíquico vivenciado pela família”

Pesquisador Responsável: Prof<sup>ª</sup> Ândrea Cardoso de Souza

Coleta de dados: Alice Medeiros Lima

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense

O (a) Sr (a) está sendo convidada a participar da pesquisa **“A criança portadora de transtornos mentais e o sofrimento psíquico vivenciado pela família”** A pesquisa tem como objetivo conhecer quais as principais dificuldades apresentadas pelos familiares para conviverem com questões relacionadas ao transtorno mental dos filhos.

Esclarece-se que a pesquisa não trará riscos a sua saúde e não será utilizada para qualquer outro objetivo a não ser aqueles já mencionados. Entre os benefícios que esta pesquisa poderá trazer está uma assistência mais qualificada dos profissionais de saúde para os familiares. Sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento o (a) Sr(a). se recusar a responder as perguntas ou desistir de participar, retirando o consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição. O (a) Sr(a). não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Será realizada uma entrevista gravada a fim de registrarmos sua fala. Sua identidade será mantida em sigilo, para isso o(a) Sr(a). será identificada por um número. Suas respostas serão confidenciais e seu nome não será divulgado em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados e publicados em eventos e/ou revistas científicas.

O(a) Sr(a). receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento.

Obrigada pela participação,

Declaro que li o termo de consentimento, concordando com seus termos e que aceito participar da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, Idade \_\_\_\_\_  
RG nº \_\_\_\_\_, declaro ter sido informada e concordo em participar como voluntária da pesquisa acima descrita.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da (o) Voluntária (o)  
Pesquisadores responsáveis pela pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Alice Medeiros Lima

Alice Medeiros Lima  
[alice\\_m\\_limaa@hotmail.com](mailto:alice_m_limaa@hotmail.com)  
Telefone: (021) 92715128

Ândrea Cardoso de Souza  
[andriacz@ig.com.br](mailto:andriacz@ig.com.br)  
Telefone: (021) 74466261

**8-ANEXO**