

## Política brasileira de saúde mental: percepção de familiares de usuários do centro de atenção psicossocial

*Brazilian mental health policy: perception of relatives from users of the psychosocial care center*

*Política brasileña de salud mental: percepción de familiares de usuarios del centro de atención psicossocial*

### Autores

Jhorrana Tunu da Silva<sup>1</sup>

Aline Ferreira da Silva<sup>1</sup>

Valquiria Farias Bezerra Barbosa<sup>1</sup>

Dária Catarina Silva Santos<sup>1</sup>

Iandra Rodrigues da Silva<sup>1</sup>

Cênia Gabrielle Oliveira de Barros<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IFPE Campus Pesqueira. Pesqueira - PE, Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Atenção Psicossocial II. Pesqueira - PE, Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar a percepção dos familiares cuidadores sobre as contribuições do modelo de atenção psicossocial para a inserção dos familiares no cuidado aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Metodos:** Estudo qualitativo, desenvolvido no CAPS II, Pesqueira-PE, entre fevereiro e março de 2015, autorizado pela CONEP (CAAE: 33110114.5.0000.5203). Realizou-se entrevistas semiestruturadas com quatro familiares/cuidadores de usuários em acompanhamento regular no CAPS. O conteúdo das entrevistas foi analisado pelo método da análise textual discursiva. **Resultados:** Os cuidadores familiares sofrem os estigmas e estereótipos dirigidos a si e aos usuários do CAPS sob seus cuidados, inclusive por parte de outros familiares, o que dificulta sua reinserção social e produz sobrecarga do cuidador. Reconhecem a eficácia terapêutica do CAPS em comparação aos hospitais psiquiátricos, mas consideram a medicação como alicerce do cuidado. **Conclusão:** O advento do CAPS proporcionou a co-responsabilização do familiar nos cuidados de seus entes com transtorno mental.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Serviços de saúde mental; Cuidadores; Família; Desinstitucionalização.

### Abstract

**Objective:** To analyze the perception of family caregivers about the contributions of the psychosocial care model to the insertion of family members in the care of users of a Psychosocial Care Center (CAPS). **Methods:** Qualitative study, developed in CAPS II, Pesqueira-PE, between February and March 2015, authorized by CONEP (CAAE: 33110114.5.0000.5203). Semi-structured interviews were conducted with four family/ caregivers of users in regular follow-up at CAPS. The interviews' content was analyzed by discursive textual analysis method. **Results:** Family caregivers suffer from stigmas and stereotypes addressed to themselves and the patients under their care, including by other relatives, which makes their social reintegration difficult and causes the caregiver to overload. They recognize the therapeutic efficacy of CAPS in comparison to psychiatric hospitals, but consider medication as the foundation of care. **Conclusion:** The advent of CAPS provided the co-responsibility of the family member in the care of their mental disorder patients.

**Keywords:** Mental health; Mental health services; Caregivers; Family; Deinstitutionalization.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la percepción de familiares cuidadores sobre las contribuciones del modelo de atención psicossocial para la inserción de los familiares en el cuidado a los usuarios del Centro de Atención Psicossocial (CAPS). **Métodos:** Estudio cualitativo, desarrollado en CAPS II, Pesqueira-PE, entre febrero y marzo de 2015, autorizado por la CONEP (CAAE: 33110114.5.0000.5203). Se realizaron entrevistas semiestruturadas con cuatro familiares/cuidadores de usuarios en seguimiento regular en CAPS. El contenido de las entrevistas fue analizado por el método análisis textual discursivo. **Resultados:** Los cuidadores familiares y sus entes con transtorno mental sufren estigmas y estereotipos, incluso por parte de otros familiares, lo que dificulta su reinserción social y produce sobrecarga del cuidador. Reconocen la eficacia terapéutica del CAPS en comparación con los hospitales psiquiátricos, pero consideran la medicación como base del cuidado. **Conclusión:** El advenimiento del CAPS proporcionó la corresponsabilización del familiar en el cuidado de sus entes con trastorno mental.

**Palabras-clave:** Salud mental; Servicios de salud mental; Cuidadores; Família; Desinstitucionalización.

Data de submissão: 15/08/2014.

Data de aprovação: 12/11/2014.

### Correspondência para:

Valquiria Farias Bezerra Barbosa.  
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, Campus Pesqueira.  
BR 232, Km 108, s/n, Bairro Portal, Pesqueira, PE, CEP 55200000  
E-mail: valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br

DOI: 10.5935/2446-5682.20180005

## INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) introduziu o modelo de atenção psicossocial com a finalidade de superar o modelo asilar pautado na disciplina como principal estratégia de silenciamento e controle do sujeito. O reconhecimento do território articulado a rede de serviços em saúde mental proporcionou a ampliação da assistência, visto que, o familiar passa a ser protagonista nos cuidados comunitários dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como no processo da reinserção social<sup>(1)</sup>.

Nesta perspectiva, com a finalidade de proporcionar o arcabouço legal para as mudanças de paradigma no campo da saúde mental brasileiro, destaca-se a Lei Federal nº 10.216/2001, que redirecionou o modelo de assistência em saúde mental e fortaleceu a segurança da pessoa portadora de transtorno mental mediante a garantia de seus direitos, sua desinstitucionalização, reinserção familiar e social<sup>(2)</sup>.

No modelo de atenção psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), passaram a ser o dispositivo substitutivo prioritário. Instituídos pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, essas unidades de saúde locais ou regionalizadas proporcionam cuidados em equipe multiprofissional que incluem o atendimento individual psicoterápico, as atividades terapêuticas grupais, o atendimento integrado à família, as visitas domiciliares, além de atividades envolvendo a comunidade com intuito de reinserção social dos seus usuários. Integram os atendimentos ambulatoriais de característica diária segundo a lógica do território<sup>(3)</sup>.

Dessa forma, para que a política de saúde mental seja amplamente efetivada, faz-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam novas estratégias e práticas de cuidado que potencializem os avanços que a política propõe quanto assistência e reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Diante do exposto, os cuidados em saúde mental precisam alcançar, de forma humanizada, um maior vínculo entre o profissional de saúde, a pessoa portadora de transtorno mental e a família, destacando-se que esta última deverá ser a interlocutora e executora do cuidado no território<sup>(4)</sup>.

A compreensão e percepção dos sujeitos acerca das mudanças na forma de tratamento dadas ao seu ente adoecido antes da reforma psiquiátrica e após a implementação do novo modo de assistência psiquiátrica poderá possibilitar a ruptura de paradigmas e estigmas ainda presentes na sociedade brasileira. É nesse sentido que o presente estudo objetivou analisar a percepção dos familiares cuidadores sobre as contribuições do modelo de atenção psicossocial para a inserção dos familiares no cuidado aos usuários do CAPS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa desenvolvido em um CAPS II do município de Pesqueira, Agreste de Pernambuco, implantado em 2012, atendendo a aproximadamente 60 usuários por semana.

A população deste estudo é composta pelos familiares dos usuários em tratamento no CAPS II de Pesqueira – PE, no período de fevereiro a março de 2015. Adotou-se o procedimento de amostragem não probabilístico intencional, tendo-se em vista a acessibilidade dos sujeitos que compuseram a amostra. Foram, então, entrevistados quatro familiares.

Os critérios de inclusão na amostra deste estudo foram, portanto, que os sujeitos da pesquisa fossem familiares de usuários que estivessem em acompanhamento regular no CAPS II de Pesqueira – PE no período de coleta de dados do estudo, e ainda, serem cuidadores familiares de usuários que vivenciaram tanto a assistência psiquiátrica durante internamentos em hospitais especializados, como, a partir da implantação do CAPS em Pesqueira, passaram a ser acompanhados nesse novo dispositivo e modelo. Assim, foram excluídos da amostra os sujeitos que não estavam frequentando regularmente o serviço nesse período. O levantamento de dados se deu mediante a realização de entrevistas, obedecendo-se a roteiro semiestruturado. Essas entrevistas ocorreram no CAPS, em data e horário previamente agendados, de forma que não houvesse interferências negativas para a rotina do serviço.

A fim de avaliar a clareza e a reprodutibilidade da linguagem, o roteiro da entrevista foi submetido a uma pré-testagem, realizada com familiares de usuários da rede SUS que não compuseram a amostra do estudo. Foram realizados ajustes a fim de uma melhor adequação aos objetivos do estudo.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, as pesquisadoras obedeceram aos preceitos ético-legais enunciados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa iniciou-se com o parecer substanciado favorável da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 33110114.5.0000.5203).

As entrevistas foram realizadas apenas com a anuência dos participantes, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Elas foram gravadas, transcritas, duplamente conferidas e seus áudios descartados.

Os dados levantados foram complementados a partir de observação participante e registros no diário de campo das pesquisadoras. Para identificar as categorias empíricas que compõem a rede de significações sobre a atual política de saúde mental brasileira, foram considerados os procedimentos da análise textual discursiva<sup>(5)</sup>.

A análise do conteúdo das entrevistas acima mencionadas foi operacionalizada mediante a utilização do software Excel®. A primeira etapa de análise compreendeu a decodificação do texto. Nesse procedimento, os códigos são utilizados como pequenas partes de texto, cuja finalidade é classificar unidades de dados textuais. Essa etapa da análise textual discursiva compreende o processo de desmontagem dos textos ou processo de unitarização, que exige o exame dos textos em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de identificar suas unidades constituintes e os respectivos enunciados referentes aos fenômenos estudados<sup>(5)</sup>.

A partir da decodificação das entrevistas foram identificados os seguintes códigos: “sexo feminino como detentor do cuidado”, “adoecimento e tratamento há muitos anos”, “internamentos frequentes”, “tratamento não evolutivo”, “medicação como núcleo do tratamento”, “tratamento diferenciado por questões socioeconômicas”, “progressão no tratamento após o CAPS”, “visão ainda estabelecida de que a medicação é o centro do tratamento e cuidado”, “dificuldade de entender a função do CAPS”, “cuidado prestado ao membro familiar adoecido interfere no cotidiano do cuidador”, “preconceito como maior dificuldade na (re)inserção social do familiar adoecido”, “preconceito dentro e fora do convívio familiar”, “adoecimento psicológico do cuidador”, “suporte psicológico oferecido ao cuidador, mas não procurado”.

O segundo procedimento de análise, denominado de categorização, envolveu a construção de relações entre as unidades de base, combinando-as, classificando-as e reunindo os elementos unitários em conjuntos de proximidade semântica, o que resulta em sistemas de categorias<sup>(5)</sup>.

Para o alcance de um novo entendimento, de forma integral, do *corpus* textual das entrevistas foram obtidas seis categorias empíricas: “Estigma”; “Internações versus tratamento não evolutivo”; “Adaptação do cuidado prestado pela família ao novo modelo de atenção psicossocial”; “Medicação como centro do tratamento”; “Adoecimento do cuidador”; “Dificuldade na (re) inserção social”. Essas categorias servirão de eixos temáticos para a apresentação e discussão dos resultados.

A fim de garantir a confidencialidade dos sujeitos desta pesquisa seus nomes foram substituídos pelas siglas E1, E2, E3, E4. Utilizou-se o pseudônimo Margarida para preservar a identidade de uma das usuárias do CAPS, citada nos relatos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Estigma

A temática do estigma envolvendo pessoas portadoras de transtornos mentais está relacionada às concepções preconcebidas quanto a esse indivíduo, sob a influência de aspectos culturais do senso comum. Dessa forma, o pré-julgamento acarreta regras que impõem exigências ao ser desconhecido, sob pena de não ser considerado normal e, assim, passar a ser estigmatizado e excluído<sup>(6)</sup>.

Na vida de pessoas com doenças mentais e de seus familiares, o preconceito se dá muitas vezes pelo medo da agressão. Esse risco de agressão por parte da pessoa com transtorno mental está ligado aos estereótipos de periculosidade que incidem sobre ela, impedindo sua reinserção social. É comum que esse preconceito seja oriundo dos próprios familiares<sup>(7)</sup>.

*[...] eles não são bichos. Mesmo que eles não tenham consciência, eles são seres humanos e que precisam de cuidados, precisam de uma observação, mas não com repúdio, com ignorância. Eles precisam ser olhados como pessoas normais que eles são... o que falta na mente, eles preenchem com outras coisas... tem poeta, tem gente que desenha perfeitamente, tem cantor, tem gente que toca. São coisas que eles, que as pessoas precisam conhecer. O povo só conhece o lado negativo deles, só conhece a agressividade, e não reconhecem que isso faz parte da doença, e sim de uma safadeza. (E1)*

*Tem, tem e não é só nesse sentindo não, basta você ter uma doença, você ficar doente que o povo se afasta de você [...] uma doença que, mesmo que não pegue essas coisas todas, não vai lhe visitar, vai ter um preconceito, mas ela toda vida teve uma amizade muito boa [...] (E2)*

A partir dos relatos dos cuidadores familiares constatou-se que sofrem constantemente os estigmas e estereótipos dirigidos a si e aos usuários do CAPS sob seus cuidados. O abandono da pessoa doente por seus familiares resulta que as tarefas de cuidado recaem sobre um único cuidador familiar, não havendo o compartilhamento de atividades entre cuidadores primários e secundários<sup>(8)</sup>.

Em relação ao perfil dos cuidadores, identifica-se no grupo estudado a predominância do sexo feminino, ratificando o estigma da mulher responsável pelo cuidado do seu familiar com transtorno mental. É comum que as mães assumam esse papel<sup>(9,10)</sup>.

No fragmento de entrevista abaixo transcrito, verifica-se a existência do estigma entre os familiares.

*Na família é um pouco complicado, porque muita gente na família olha pra ela como se ela fosse uma doente mental, entendeu? Na própria família, então é complicado. Deixar no convívio da família é mais complicado. (E3)*

A presença do estigma sobre os familiares e sujeitos em sofrimento psíquico, provoca uma sobrecarga sobre o cuidador<sup>(8)</sup>. Desta forma, há no cuidador o anseio de aceitação pela sociedade, como verificado na seguinte fala.

*[...] eles tacham as pessoas que sofrem de doença mental, é conhecido como o doido e quem é da família é o filho do doido, então é doido também. Entendesse? [...] o preconceito existe, mesmo tendo essa ressocialização [...] [...] Como eles diz, o doido. O que dói é isso: o doido, o filho do doido, a mãe do doido. (E1)*

Nos relatos acima, percebe-se quanto os familiares anseiam por um convívio social pautado na reinserção social e no respeito à dignidade humana. Os sujeitos desta pesquisa percebem que os indivíduos com transtornos mentais são vítimas do estigma instituído pela sociedade e isso lhes traz dificuldades para conquistar autonomia e conduzir a própria vida.

Houve avanços no cuidado em saúde mental desde o início da RPB, no entanto, é necessário preencher lacunas no atendimento aos usuários e familiares, assim como, no reconhecimento dos cuidadores familiares em sua cidadania e por sua responsabilidade e dedicação ao cuidado<sup>(11,12)</sup>.

### Internações e tratamento não evolutivo

A terminologia “doença mental” está remetida à institucionalização manicomial, circundada de estigmas e estereótipos<sup>(13)</sup>. Muitos dos usuários do CAPS, cenário do presente estudo, vivenciaram tanto a assistência psiquiátrica durante internamentos em hospitais especializados, como, a partir da implantação do CAPS em Pesqueira, passaram a ser acompanhados nesse novo dispositivo e modelo. Esse contexto é citado pelos entrevistados, conforme se pode ver nos fragmentos abaixo registrados.

*[...] foram seis meses o mais longo, e o que eu tive o acompanhamento, um foi de dois meses, o outro foi de um mês e meio e o outro, de quarenta e cinco dias, que dá também um mês e meio [...]* (E1)

*[...] foram três vezes [...] A primeira vez ela passou um mês e pouco, a segunda vez ela passou também, não chegou a ser dois meses não [...], mas a última vez, quando ela se internou, aí ela foi por livre vontade, que ela tava boa.* (E2)

Entre os familiares cujos parentes passaram por diversos internamentos em hospitais psiquiátricos, um dos entrevistados revela seu descontentamento com o tratamento que era oferecido.

*[...] não gostei do tratamento, era devagar demais, viu? Agora tá tendo tratamento no CAPS [...] toda vez que ela se internava, ela se acidentava lá dentro [...].* (E4)

Destacam que, antes da RPB, a única forma de tratamento para o sofrimento psíquico era o hospital psiquiátrico, conforme se pode verificar na seguinte fala de um dos sujeitos entrevistados.

*[...] quando ela tinha crise – porque antes do CAPS ela tinha muitas crises, tinha surtos –, aí a gente a levava para o hospital, que era o único meio que a gente achava que tinha [...]* (E1)

Durante a internação hospitalar de um usuário do CAPS, os medicamentos usados, segundo seu cuidador, eram incompatíveis com a necessidade dele, agravando-lhe ainda mais o quadro.

*[...] durante esse período lá, também é o que eu digo a você sobre essa medicação que eles fazem lá, no lugar de ela ficar bem, ela fica é pior. Eu não sou médico não, mas o médico tem que corrigir, fazer uns exames dela, pra ver como é que passa a medicação, mas eles não fizeram nada disso, entendeu? [...]* (E4)

Em seus relatos os cuidadores familiares apontam para a eficácia terapêutica do CAPS em comparação aos tratamentos oferecidos pelos hospitais psiquiátricos.

*[...] logo em seguida, conheci o CAPS, que foi e é meu porto seguro com relação a ela, pois lá ela é acompanhada diariamente com equipe de enfermeiros – vocês sabem, né? –, assistente social, psicóloga, que é o que mais ajuda quando ela tem as crises dela que, mesmo no tratamento, tem crises, né? Isto é, não tem como a gente ter o controle, mas, assim que ela tem crise, ela é auxiliada, ela [...] passa pelo atendimento psiquiátrico [que] agora é periódico, normal. Aí eu não tenho o que falar, só elogios e graças a Deus.* (E1)

*[...] ela melhorou muito depois que ela começou a frequentar aqui [...].* (E3)

Nos serviços da atenção primária do município de Pesqueira as atividades voltadas para os usuários portadores de transtorno mental ainda são muito escassas o que acaba fazendo com que esses usuários e seus familiares, muitas vezes, procurem atendimento direto no CAPS, pois acham que nesse serviço serão melhor atendidos em suas necessidades. Nas unidade da atenção básica desse município, os profissionais encaminham usuários para o CAPS, porque em muitas situações, não se sentem preparados para realizar o atendimento<sup>(14)</sup>.

### Adaptação do cuidado prestado pela família ao novo modelo de atenção psicossocial

O tratamento medicamentoso relacionado ao modelo hospitalocêntrico persiste, mas os CAPS surgem no modelo de assistência psicossocial na perspectiva do cuidado compartilhado e contínuo, estando relacionados a maior resolubilidade e inclusão social<sup>(15)</sup>.

*[...] Ela era agressiva, ela ficava muito nervosa, chorava muito porque... até porque ela queria muito... assim... tá no convívio de outras pessoas. Então, como eu prendia ela... eu tinha medo, que lá fora o pessoal fizesse mal pra ela [...] Quando eu descobri que aqui tava havendo esse procedimento aqui de (bom) pra essas pessoas que têm esses problemas, pronto, eu já corri atrás, vim atrás e ela tá aqui até hoje [...]* (E3)

*[...] a gente internava porque em casa saía arrebrandando tudo. Em casa mesmo não tinha nada, nada, tô tendo agora, tô comprando tudo de novo. Tem televisão pra ela assistir, tem mesa é [...] tem geladeira, graças a Deus eu vim da loja agora. Depois do CAPS, tem geladeira em casa que as meninas do CAPS falaram: “Bota tudo no lado de fora (pois) a Margarida tá muito bem” [...]* (E4)

Conforme se pôde constatar a partir das falas acima transcritas, os usuários tiveram uma melhora significativa dos sintomas após passarem a frequentar o CAPS, proporcionado aos familiares novas formas de cuidado, rompendo-se com práticas domiciliares segregadoras. Ante ao exposto, evidencia-se que o CAPS, no contexto estudado, foi crucial para reabilitação e reinserção social dos usuários portadores de transtorno mental. Em relação a essas atividades, assim se coloca um dos sujeitos entrevistados:

*[...] algumas vezes, eu ligo pra uma das professoras dela, pergunto como é que tá o rendimento dela aqui, trabalho, essas coisas, né? E elas fala que ela tá bem. Outra hora, fala que ela tá preguiçosa. Às vezes, dá uma preguicinha nela. Então, quando elas falam que ela tá com preguiça, tá sem vontade de fazer o trabalho, essas coisas, as atividades, aí eu, quando ela chega em casa, eu pego um pouco no pé dela. Aí explico direitinho que não pode ser assim, que ela tem que participar mais, quando ela não entender do trabalho – porque às vezes tem muita novidade, né, aqui –, quando ela não entender, ela procure pedir a professora pra ensinar direitinho, mostrar como é, essas coisas [...]* (E3)

Verificou-se também que, mesmo com todos os avanços na forma assistencial, muitos familiares ainda não têm a compreensão do objetivo das atividades terapêuticas realizadas com os usuários no CAPS. Alguns familiares veem esse serviço substitutivo como uma escola, confundindo assim, as atividades terapêuticas com as atividades escolares.

As famílias têm assumido seu protagonismo e co-responsabilização com o cuidado em consonância aos CAPS na direção de uma maior autonomia dos usuários. Os progressos dos usuários, por sua vez, possibilitaram um processo de reorganização dos familiares, em suas atividades diárias<sup>(16)</sup>.

*Eu acho bom, muito bom, porque ela gosta muito de lá [...] demonstra gostar muito de lá [...] e, no CAPS, eu [...] quero que ela fique mais tempo, porque todos que tão no CAPS gostam dela, adoram ela e [...] ela também gosta muito [...] mas, você sabe, cada um tem os seus momentos, mas graças a Deus e depois que ela tá lá no CAPS... (E2)*

*[...]quando ela tá aqui, eu me acalmo mais, eu tenho tempo pra fazer as minhas coisas mais tranquila, tá entendendo? [...] Então, o período que ela tá aqui, eu tô tranquila, tô resolvendo minhas coisa [...] (E3)*

O investimento em novas formas de cuidado pela equipe multiprofissional de saúde do CAPS, tais como os atendimentos individuais às famílias e a assembleia mensal de familiares, figuram no campo das ações integrais de cuidado em saúde mental no território no âmbito do paradigma da atenção psicossocial. Devem ser organizadas redes ampliadas de cuidados, formadas por componentes institucionais, como os CAPS e as unidades básicas de saúde, entre outros, mas que incluam também outras instâncias comunitárias situadas no território, entre as quais: a família, as redes locais, representadas pela associação de moradores, pela igreja e, mais ainda, componentes intersetoriais, como a escola e os serviços de assistência social<sup>(15)</sup>.

### Medicação como centro do tratamento

Apesar da resolubilidade evidenciada nas ações do CAPS no contexto loco regional estudado, o uso da medicação ainda é visto pelos familiares como a principal forma de tratamento. Desse modo, os serviços que oferecem atendimento em saúde mental são requisitados como pontos de prescrição de medicamentos para o tratamento de transtornos mentais<sup>(13,17)</sup>. Essa preocupação foi percebida em momentos das entrevistas, conforme se pode verificar nos fragmentos abaixo transcritos.

*Não deixo faltar a medicação dela jamais. Quando tá começando a acabar, eu já corro atrás, e ela toma direitinho, ela não tem crise [...] (E3)*

*[...] o que eu faço pra ajudar é, quando tá perto de faltar a medicação [...], venho com ela aqui, converso com a doutora, a parte de medicação dela eu vou pegar [...] (E4)*

Ao questionar os familiares sobre o tratamento do seu familiar acometido pelo transtorno mental, a maioria dos entrevistados citou os cuidados com a medicação como o principal tratamento que desejam e esperam. Isso indica que eles ainda consideram a medicação como a base do tratamento<sup>(14)</sup>. Compreende-se que essa concepção está relacionada ao desejo de resolubilidade imediata ante à necessidade de enfrentamento do risco de periculosidade da pessoa com transtorno mental, quando em crise. Isso pôde ser observado no seguinte fragmento de entrevista.

*[...]no internamento que ela teve lá, o médico corrigiu certo a medicação dela, mandou a medicação pra cá, medicação muito boa, e ela se dá muito bem com a medicação [...] essa medicação que eles fazem lá, no lugar de ela ficar bem, ela fica é pior [...] (E4)*

Ante a necessidade de minimização dos riscos atribuídos a pessoa com transtorno mental, a capacidade das famílias em acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico faz-se, mais ainda, uma questão central nas políticas de saúde mental contemporâneas. Uma das pactuações entre os familiares cuidadores e a equipe de saúde mental é a co-responsabilização por parte da família pela continuidade da administração das medicações durante os cuidados domiciliares<sup>(18)</sup>.

*[...] eu participo na medicação, que tem que ter a fiscalização, tem que dar no horário e [ter] participação também. (E1)*

Constatou-se, a partir da narrativa dos familiares, quanto eles valorizam o tratamento medicamentoso. Acreditar na medicação como alicerce do cuidado envolve crer que o tratamento medicamentoso possibilita que o indivíduo permaneça em seu território, em sua

comunidade, e conviva com seus familiares da forma mais tranquila possível<sup>(18)</sup>.

A utilização dos psicofármacos de fato controla hábitos e condutas, domina os pensamentos e os delírios, minimiza o risco da violência, embora não se questione o elevado custo psíquico (e social) dessa prática que contribui para dessubjetivação do usuário<sup>(13)</sup>.

Uma outra questão que precisa ser discutida por continuar tendo sua importância e centralidade é a circulação da pessoa em sofrimento psíquico no território da cidade. Há uma expectativa e exigência sobre a família de que possa garantir a segurança de que o “doente mental” circulará sem causar danos ou transtornos à sociedade. Essa garantia é atribuída tanto à possibilidade de controle dos comportamentos indesejáveis pelos psicofármacos como ao papel de controle outorgado à família<sup>(18)</sup>.

Portanto, apesar de compreender-se por que os familiares veem o tratamento medicamentoso como de suma importância para auxiliar na melhoria dos sintomas, não se pode pensar que ele é a única alternativa de melhora prognóstica, e sim mais uma dentre as atividades terapêuticas possíveis no âmbito da atenção psicossocial. A eficácia medicamentosa está vinculada a outros cuidados terapêuticos<sup>(16)</sup>.

### Adoecimento do cuidador

Conforme discutido anteriormente, há uma tendência da atribuição de toda a responsabilidade do cuidar a apenas um familiar<sup>(10)</sup>. Essa responsabilidade foi também citada nas entrevistas, conforme se pode ver nos fragmentos abaixo transcritos.

*[...] meu problema maior é durante as crises que interfere realmente. A gente tem que tá em cima, tem que tá olhando ela. É noite sem dormir, é [...] (E1)*

*[...] então eu vivo assim vinte e quatro horas no ar, assim controlando, prestando atenção em tudo dela, né? [...] (E3)*

O cuidado desenvolvido pelos familiares ao ente adoecido, leva a uma sobrecarga de forma que os familiares passam a não ter tempo para si mesmos(as)<sup>(10)</sup>, como é possível verificar na fala abaixo transcrita.

*[...] ninguém vai fazer o que eu faço, eu larguei minha vida, trabalhava, tinha uma vida antes dela ter esse problema todo, vida ativa, trabalhava, fazia minhas coisas todas. Depois disso, eu parei, eu vivo exclusivamente pra ela, eu num trabalho, num faço mais nada, só exclusivamente pra ela [...]* (E3)

Os cuidadores entrevistados declaram que os cuidados ao seu familiar adoecido interferem na vida deles, principalmente quando ocorrem as crises, momentos que requerem intensa dedicação, expondo o cuidador a diversas doenças devido à sobrecarga emocional e física.

Por muitas vezes o cuidador referencial é uma mulher, sujeita ao processo de adoecimento físico ou mental devido ao desgaste que o processo de cuidado provoca<sup>(7)</sup>. Esse temor, vivenciado como angústia, ficou evidente no seguinte fragmento de entrevista:

*[...] Às vezes eu imagino assim... um dia, quando eu faltar... porque a gente tem vida e tem morte. Eu imagino porque eu... porque ela é a minha filha, eu sou a mãe no caso e eu tenho medo assim... de um dia eu num (pausa)... faltar, eu tenho muito receio dessa parte, vai ser muito complicado pra ela [...]. Já teve uma época que eu pensei tanto nisso que eu quis entrar em depressão. Aí eu pedi muito a Deus... aí eu disse: “Não, vou tirar isso da minha cabeça, senão quem vai adoecer sou eu” (pausa). É... eu acho... a gente, quando pensa assim, que, quando a gente tem vida, é uma coisa, mas quando a gente parte dessa pra outra, que tem uma pessoa nessa situação, é muito complicado [...]* (E3)

Quando questionados sobre o apoio que recebiam do serviço no que diz respeito aos mesmos como cuidadores, houve divergência de respostas: uns relataram que era disponibilizado esse apoio, principalmente nas reuniões familiares, mas que muitas famílias não procuravam; outros que não recebiam suporte algum. Observa-se a referência a esse apoio nas falas transcritas a seguir.

*[...] é porque eu não procuro, mas tem ajuda psicológica também pra quem é parente, quem cuida no caso do paciente e só [...]* (E1)

*Minha filha, é porque eu sou sozinha, pra eu ter uma responsabilidade de assumir e dizer eu vou toda hora, toda hora, eu não tenho como.* (E2)

*Assim, não muita coisa, entendesse? Só a parte mesmo da doença dela no período que ela tá aqui, em outras coisas não.* (E3)

*[...] que eu nunca precisei não [...]* (E4)

Contatou-se, também, que existe o apoio psicológico para os cuidadores, mas há falta de informações sobre essa assistência, pois a maioria dos entrevistados declara não ter esse apoio. Em estudo similar<sup>(11)</sup> é retratado que existe o suporte no CAPS aos familiares, mas os mesmos não o procuram, evidenciando um aspecto que poderá ser explorado e aprofundado em estudos posteriores.

### **Dificuldade na (re)inserção social**

O estigma prevalece como marca social com o uso de visões pejorativas. Na saúde mental caracteriza-se como um dos problemas para materialização dos pressupostos da reforma psiquiátrica, responsável pela exclusão social dos sujeitos em sofrimento psíquico<sup>(6,18)</sup>. Neste estudo, foram verificadas referências a essa segregação nas falas abaixo transcritas.

*Eu acho que ainda é o preconceito, tipo eles tacham as pessoas que sofrem de doença mental.* (E1)

*[...] você ficar doente que o povo se afasta de você, se afasta, o pessoal é assim, a pessoa humana é muito difícil.* (E2)

*[...] Na própria família, então é complicado. É tanto que, como eu sei que eles olha assim com um pouco de (pausa) de receio de alguma coisa, num sei nem explicar o quê [...]* (E3)

Assim, verificou-se que a principal dificuldade encontrada pela maioria dos familiares no processo de reinserção social é o preconceito.

Embora o modelo de atenção psicossocial potencialize o retorno do sujeito com transtorno psíquico ao convívio social<sup>(20)</sup>, e o CAPS contribua marcadamente para que essa meta seja atingida, mediante acompanhamento clínico integral e as atividades terapêuticas de socialização<sup>(16)</sup>, os entrevistados também revelaram ser o preconceito o maior empecilho para a reinserção de seu familiar acometido por transtorno psíquico no meio social.

“Os usuários relataram que, ao circularem pela cidade ou por seus bairros – muitas vezes no trajeto diário ao CAPS –, são chamados de “psicopatas”, “doidos” etc. Uma frase dita por um usuário retratou de forma bastante clara esse conflito relacionado à circulação do “doente mental” pelo território: É fácil ficar perto de quem é normal”<sup>(18)</sup>.

O processo de estigmatização pode ser considerado como um dos elementos constituintes dos mecanismos de controle velado da circulação dos usuários do CAPS pelo território no contexto estudado<sup>(18)</sup>. Configura-se um dos principais desafios da atuação das equipes de atenção psicossocial no território e na comunidade.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir deste estudo, foi possível observar, nos relatos dos familiares, as implicações que o modelo de atenção psicossocial trouxe para seu contexto familiar, tanto em relação à melhora do quadro clínico de seu ente adoecido quanto em relação ao convívio e maior participação e co-responsabilização do cuidador familiar nos cuidados domiciliares. Além disso, verificou-se que a nova forma de tratamento dada a essas pessoas deu-lhes maior autonomia e empoderamento, proporcionando-lhes condições para reinserção social, mesmo que ainda parciais.

Apesar de tantos avanços decorrentes da implantação do CAPS, constatou-se, por meio dos dados coletados neste estudo, que as pessoas portadoras de transtorno mental ainda sofrem muito em razão do preconceito e da discriminação tanto por parte da sociedade quanto de pessoas mais próximas, dificultando a reinserção comunitária e social. Outra realidade que ficou evidenciada nas falas dos entrevistados foi a visão dos familiares em relação ao uso da medicação – considerando-a como centro do tratamento e cuidado.



Há uma incompreensão quanto às alternativas terapêuticas direcionadas ao acolhimento e à diminuição da sobrecarga do cuidador, pois a assistência prestada aos cuidadores – como reuniões ou consultas com a psicóloga – não são frequentadas por todos os familiares cuidadores, seja por falta de tempo ou até mesmo por julgar que não precisam delas.

Por se tratar de um estudo qualitativo, não é possível elaborar generalizações, já que estas comparam qualidades comuns entre estudos, mas não possibilitam distinguir as diferenças existentes, limitando-se a uma só percepção e podendo, por isso, não se aplicarem a outros contextos. Outra limitação do estudo é que, devido à metodologia utilizada, também não se pôde traçar o perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores entrevistados.

Entretanto, espera-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de práticas educativas no contexto dos CAPS para uma maior compreensão do seu papel, abrangência e eficácia. Ressalta-se a necessidade de ampliação de pesquisas sobre essa temática, com o intuito de valorizar a importância da família no cuidado prestado ao sujeito acometido por algum transtorno mental.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo FJD, Bessa MS, Azevedo DM. Assistência de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial: avaliação na perspectiva profissional. *J Nurs Health*. 2016;6(2):279-286.
2. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, (Brasília)*. 2001 Abr 06. Disponível em: . [Acesso em 02 de dezembro de 2014].
3. Ministério da Saúde. PORTARIA n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002 [internet], Brasília, 2002 [acesso em 29 de maio de 2018] Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
4. Vicente JB, Higarashi IH, Furtado MCC. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2015; 19(1):107-114.
5. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise Textual Discursiva*. 2 ed. rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011, 224 p.
6. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LCT, 2004.
7. Carvalho PAL, Moura MS, Carvalho VT, Reis MCS, Lima CBO, Sena ELS. A família na reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental. *Rev enferm UFPE [online]*. 2016;10(5): 1701-8.
8. Duarte LGMF, Neto JLF. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. *Pesquisas e práticas psicossociais, São João Del-Rei*. 2016;11(2):473-88.
9. Lopes RE, Nóbrega-Therrian SM, Araújo PA, Gomes BV, Cavalcante MMB. Quando o conviver desvela: assistência de saúde mental às mulheres com familiares usuários de droga. *Sanare, Sobral*. 2015;14(01): 22-6.
10. Thiengo DL, Fonseca D, Abelha L, Lovisi GM. Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23(3): 298-308.
11. Covelo BSR, Badaro-Moreira MI. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu), Botucatu*. 2015;19(55): 1133-44.
12. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde soc., São Paulo*. 2017;26(1): 155-170.
13. Barbosa VFB, Caponi SNC, Verdi MIM. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. *Interface (Botucatu), Botucatu*. 2016;20(59): 1-12.
14. Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Rev Fund Care Online*. 2017;9(3): 659-668.
15. Barbosa VFB, Lima CG, Simões JPS, Pedroza RM, Mello MG. Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: R. Eletr. de Extensão, Florianópolis*. 2017;14(26): 119-132.
16. Nascimento KC, Kolhs M, Mella S, Berra E, Olschowsky A, Guimarães AN. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. *Rev enferm UFPE on line, Recife*. 2016;10(3): 940-8.
17. Moreno V, Barbosa GC. Familiares de pessoas portadoras de transtorno mental: conhecimento dos direitos à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015; 36(1): 43-8.
18. Barbosa VFB, Caponi SNC, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde Soc, São Paulo*. 2018;27(1): 175-184.
19. Prado AL, Bressan RA. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. *Rev. psicopedag. [online]*. 2016; 33 (100): 103-9.
20. Martinhago F, Oliveira WF. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2015;24(4): 1273-1284.