

**A relação entre um Centro de Atenção Psicossocial e as famílias de usuários do serviço:
percepção dos familiares**

**The relationship between a Psychosocial Care Center and the families of users of the
service: family members' perception**

**La relación entre un Centro de Atención Psicossocial y las familias de los usuarios del
servicio: percepción de los familiares**

Recebido: 01/10/2020 | Revisado: 10/10/2020 | Aceito: 13/10/2020 | Publicado: 14/10/2020

Ida Vaz Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0933-9655>

Escola de Saúde Pública do Paraná, Brasil

E-mail: idavazmachado@yahoo.com.br

Sidnei Teixeira Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5757-1520>

Instituto Federal do Paraná, Brasil

E-mail: sidnei.junior@ifpr.edu.br

Gimene Cardozo Braga

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5102-6505>

Instituto Federal do Paraná, Brasil

E-mail: gimene.braga@ifpr.edu.br

Romario Daniel Jantara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7417-499X>

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil

E-mail: romario.jantara@gmail.com

Resumo

Objetivou-se descrever a relação entre os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial e a família dos usuários deste serviço, sob a perspectiva dos familiares. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial. Participaram cinco familiares cuidadores principais, a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de outubro a novembro de 2018. A análise dos dados se deu por meio da técnica Análise Temática de Conteúdo. A análise resultou em duas categorias temáticas: A construção de vínculos família - serviço; e A família, o usuário e os benefícios do Centro de

Atenção Psicossocial. Dentre os aspectos mencionados pelos entrevistados, destacou-se uma relação permeada pelos vínculos construídos. Identificou-se nos relatos dos cuidadores principais, estratégias que possibilitam a construção de vínculos com o serviço, sendo estas, o acolhimento, a escuta qualificada durante o atendimento, a oportunidade de inserção dos familiares no desenvolvimento das oficinas terapêuticas e reuniões com a equipe e atendimento às demandas dos cuidadores, a busca ativa e a realização do grupo de familiares. Ademais, a relação foi construída a partir do diálogo, e pautada no acolhimento, escuta qualificada e estabelecimento do vínculo com a família.

Palavras-Chave: Família; Saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental.

Abstract

The objective was to describe the relationship between workers in a Psychosocial Care Center and the family of users of this service, from the perspective of family members. It is a qualitative, exploratory-descriptive research, carried out in a Psychosocial Care Center. Five main family caregivers participated, based on semi-structured interviews, carried out from October to November 2018. Data analysis was performed using the Thematic Content Analysis technique. The analysis resulted in two thematic categories: The construction of family - service bonds; and The family, the user and the benefits of the Psychosocial Care Center. Among the aspects mentioned by the interviewees, a relationship permeated by the bonds built was highlighted. Strategies that enable the construction of bonds with the service were identified in the reports of the main caregivers, which are, the welcoming, the qualified listening during the service, the opportunity to insert family members in the development of therapeutic workshops and meetings with the team and meeting the demands of caregivers, the active search and the realization of the family group. Furthermore, the relationship was built based on dialogue, and based on welcoming, qualified listening and establishing a bond with the family.

Keywords: Family; Mental health; Community mental health services.

Resumen

El objetivo fue describir la relación entre los trabajadores de un Centro de Atención Psicosocial y la familia de los usuarios de este servicio, desde la perspectiva de los familiares. Se trata de una investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva, realizada en un Centro de Atención Psicosocial. Participaron cinco cuidadores familiares principales, a partir de entrevistas semiestructuradas, realizadas de octubre a noviembre de 2018. El análisis de los

datos se realizó mediante la técnica de Análisis Temático de Contenido. El análisis resultó en dos categorías temáticas: La construcción de lazos de servicio familiar; y La familia, el usuario y los beneficios del Centro de Atención Psicosocial. Entre los aspectos mencionados por los entrevistados, se destacó una relación permeada por los vínculos construidos. Las estrategias que posibilitan la construcción de vínculos con el servicio fueron identificadas en los informes de los principales cuidadores, que son, la acogida, la escucha calificada durante el servicio, la oportunidad de insertar a los familiares en el desarrollo de talleres terapéuticos y reuniones con el equipo y atendiendo las demandas de los cuidadores, la búsqueda activa y la realización del grupo familiar. Además, la relación se construyó a partir del diálogo y la acogida, la escucha calificada y el establecimiento de un vínculo con la familia.

Palabras clave: Familia; Salud mental; Servicios comunitarios de salud mental.

1. Introdução

A definição de família sofreu muitas modificações ao longo da história. Entre os séculos XVI e XVII o conceito mais comum era o de família como um conjunto de pessoas, não necessariamente ligadas por laços sanguíneos, que moravam na mesma casa, sob a liderança de um chefe. Gradativamente, a partir do século XIX, essa definição de núcleo familiar, de maneira informal e sem planejamento, vai se tornando o conjunto do trinômio pai-mãe-filho reconhecendo desta forma a consanguinidade como fator determinante para pertencimento à família e a figura paterna como referência de provisão econômica e liderança (Schneider, 2001).

No Brasil, o Código Civil de 1916, definia família unicamente como os componentes reunidos e gerados pelo casamento, sendo vedada a sua dissolução pela Constituição de 1934. A partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição, a família passa a ser descrita como a base da sociedade e protegida pelo Estado (Santana, 2015). Rodrigues e Costa (2013) trazem uma noção mais atualizada sobre família com base na declaração da Organização Mundial de Saúde de 1994, compreendendo-a como um grupo de indivíduos, cujas relações são pautadas na confiança, apoio social mútuo e em um destino comum, superando dessa forma a exigência de laços sanguíneos para pertencer à ela. De uma forma mais sucinta e geral, família pode ser entendida a partir do que os componentes da mesma afirmam ser (Wright & Leahey, 2005).

Assim como a definição de família, historicamente, a “loucura” teve várias interpretações. Nos primórdios da humanidade foi considerada uma expressão sobrenatural,

cujo indivíduo era considerado um Deus; na idade média, dominada pela Inquisição da Igreja Católica, era vista como manifestação demoníaca, sendo os seus portadores considerados hereges; a Era Renascentista foi marcada pela existência das “Naus dos Loucos” que livravam a sociedade destes lançando-os rio abaixo; no século XVII foram criadas as casas de internação com objetivo de educar moralmente os indivíduos ociosos já que a loucura era considerada uma questão de cunho moral. No final do século XVIII, a loucura era vista como algo que tornava a pessoa um animal tirando a sua racionalidade e necessidade de proteção (Millani & Valente, 2008).

Foi neste mesmo período, mesclado ao início de mudanças, que a medicina se apropriou da loucura, tratando-a como doença, logo, objeto de cura para os especialistas (Silveira & Braga, 2005). Pinel, médico psiquiatra e o primeiro reformista, considerava a educação corrompida dada pela família como a influência da perda da razão, nesse sentido a pessoa deveria ser afastada da mesma, para ser reeducada moralmente (Moreno & Alencastre, 2003).

Nas eras anteriores ao capitalismo, o cuidado do “louco” era realizado pela família e quando esta não existia, havia uma proteção do Estado, sendo que representava uma questão de saúde pública. Já no pós-capitalismo, com avanço da psicanálise e do movimento higienista, a família acabou sendo novamente culpabilizada pelo adoecimento do indivíduo (Santin & Klafke, 2011).

Com vários movimentos surgidos nos Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália, emergiram a partir da década de 1950, vários profissionais buscaram reformas prevendo principalmente a desinstitucionalização da loucura e a devolução do indivíduo à família e à sociedade (Silveira & Braga, 2005).

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, a família acabou recebendo de volta ao convívio seu ente portador de doença mental. Agora, com a desinstitucionalização da loucura a família torna-se fundamental no tratamento, deixando de ser a “visita” do modelo hospitalocêntrico para ser a responsável pelo cuidado e possuidora de um saber próprio útil na reelaboração do sentido da vida (Silva & Rosa, 2014).

Nesse contexto, a desinstitucionalização progressiva prevista com as mudanças das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil, exigiu modificações nos serviços de saúde. Com isso, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, para que pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e suas famílias pudessem receber ajuda no seu território, de maneira a

garantir a sua autonomia e a sua inserção/reinserção social (Silva & Rosa, 2014; Brasil, 2002).

A família enfrenta ainda a dificuldade de compreensão do processo de adoecimento psíquico, bem como as transformações comportamentais provocadas pela patologia, gerando angústias e sofrimentos (Almeida, Felipes, & Dal Pozzo, 2011). Para Miotto (2010) é necessário estudar como a família é influenciada pelo sofrimento do indivíduo com transtorno mental, tendo em vista que ela é o alicerce em torno da qual a pessoa se estrutura enquanto ser humano.

O grande desafio dos profissionais de saúde, a partir deste novo modelo de atenção à saúde mental, é garantir suporte necessário à família, acolhendo as suas necessidades e frustrações, inserindo-as ativamente na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e oportunizando espaço para refletir sobre a complexidade dos relacionamentos a que está sujeita (Brasil, 2013).

No contexto brasileiro, ainda é necessário explorar com profundidade a relação existente entre família e serviços de atenção psicossocial. Considera-se assim, um tema relevante de pesquisa. Nesse sentido, o presente trabalho busca responder a seguinte questão: como é a relação existente entre a família do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial e o serviço de Atenção Psicossocial na perspectiva do familiar?

Assim, o objetivo deste estudo é descrever a relação entre os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial e a família dos usuários deste serviço, sob a perspectiva dos familiares.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva. A pesquisa qualitativa fornece dados para o desenvolvimento e o entendimento de diferentes relações entre os atores sociais e a situação de cada. Esta abordagem tem como intuito uma compreensão aprofundada de crenças, atitudes, valores e motivação, em relação aos comportamentos de cada indivíduo em cada contexto social específico (Gaskell & Bauer, 2002; Minayo, 1998). Estuda-se os acontecimentos da vida de acordo com o valor atribuído por cada indivíduo, sendo importante as interpretações do pesquisador sobre o fenômeno estudado (Turato, 2005; Pereira, Shitsuka, Parreira, & Shitsuka, 2018).

Quanto ao seu objetivo, se apresenta como uma pesquisa exploratória, pois volta-se a conhecer mais sobre o tema e formular hipóteses. No entanto, também se caracteriza como

uma pesquisa descritiva, pois visa registrar e descrever características de uma determinada população e fenômeno, bem como estabelecer relações entre variáveis, envolvendo técnicas padronizadas (Prodanov & Freitas, 2013).

Para tanto, utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para Moré (2015) a entrevista semiestruturada permite uma relação dialógica entre pesquisador/entrevistado, de maneira que ao primeiro viabiliza atender seus interesses, ainda que de forma inesperada ou desconhecida e ao segundo pode abrir espaço para revelações do seu cotidiano algumas vezes desconcertantes. Na entrevista semiestruturada o pesquisador realiza indagações a partir da questão norteadora, com flexibilidade, buscando investigar o sentido da fala do narrador.

A pesquisa foi realizada a partir de um CAPS I de um município do sudoeste do Paraná. O CAPS I neste município, desde a sua implantação, acolheu aproximadamente 690 pessoas através de encaminhamentos médicos, de psicólogos, de serviços sociais, judiciais entre outros e também por livre demanda. Semanalmente atende cerca de 120 pessoas, disponibilizando oficinas terapêuticas, atividades em grupo e atendimentos individuais. O CAPS I é um serviço de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e é responsável por atender todas as faixas etárias, dando assistência para transtornos mentais graves e persistentes, incluindo também o tratamento para usuários de substâncias psicoativas, podendo ser instalado em cidades e/ou regiões que tenham pelo menos 15 mil habitantes (Brasil, 2002). Trata-se de um serviço especializado, pautado na oferta de assistência do indivíduo em seu território, que deve considerar sua família e comunidade no tratamento.

Os seguintes critérios de inclusão foram definidos: a) ser maior de 18 anos; b) ser familiar de usuários com no mínimo 6 meses de atendimento no serviço; e c) ser o cuidador principal. Como critério de exclusão delimitou-se: a) possuir dificuldade de comunicação verbal. Por cuidador principal entendeu-se o familiar que tinha responsabilidade total ou maior pelos cuidados aos indivíduos no seu domicílio (Mendes, 1995). Participaram do estudo cinco participantes, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo.

Foram agendados dias e horários específicos para realização de entrevista com os familiares, na residência dos mesmos, conforme a disponibilidade de cada participante. Após os esclarecimentos sobre a natureza, objetivos, métodos, benefícios e potenciais riscos e assentimento, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas versavam sobre os seguintes pontos: as relações e a formação de vínculo com o CAPS e as mudanças e os benefícios percebidos pelos familiares no que se refere ao tratamento ofertado pelo CAPS. A duração de cada entrevista foi em média de 30

minutos, sendo gravada por meio de gravador de voz e transcrita na íntegra no programa *Microsoft Word*.

A análise de dados da presente pesquisa foi feita através da Análise Temática de Conteúdo. A Análise de conteúdo é uma metodologia muito usada no campo das ciências sociais e está dividida em três fases, de acordo com Bardin (2011 a) Pré-análise, fase em que ocorre a organização e esquematização do trabalho; b) Exploração de material: fase da codificação, classificação e categorização do material. c) Tratamento dos resultados, em que ocorre inferência e interpretação, é uma fase da validação e atribuição de significados aos dados. A análise dos dados ocorreu por dois juízes independentes.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto Federal do Paraná - Campus Palmas, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012), que regulamenta pesquisas com seres humanos e aprovado através do Parecer nº 2.801.958. Foi garantido aos participantes da pesquisa o sigilo, anonimato e acesso aos dados da sua participação e os resultados do estudo. Os participantes receberam pseudônimos, mediante abreviação da palavra familiar – FAM, seguida de número atribuído à entrevista (FAM01, FAM02, FAM03, FAM04, FAM05).

3. Resultados e Discussão

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias temáticas: A construção de vínculos família - serviço; e A família, o usuário e os benefícios do Centro de Atenção Psicossocial.

A construção de vínculos família-serviço

Dentre os aspectos mencionados pelos entrevistados, destacou-se uma relação permeada pelos vínculos construídos. Identificou-se nos relatos dos cuidadores principais dos usuários portadores de transtorno mental, estratégias que possibilitam a construção de vínculos com o serviço, sendo estas, o acolhimento, a escuta qualificada durante o atendimento, a oportunidade de inserção dos familiares no desenvolvimento das oficinas terapêuticas e reuniões com a equipe e atendimento às demandas dos cuidadores, a busca ativa e a realização do grupo de familiares.

Em um primeiro momento, durante as entrevistas, os familiares cuidadores principais foram questionados sobre como foram recebidos pelo CAPS no primeiro atendimento e como

é a sua relação hoje com o serviço. A fala dos participantes reflete que em sua chegada ao serviço, foi-lhes oferecido atendimento, citam ainda que se sentiram acolhidos e ouvidos em suas necessidades:

Eu achei que era igual o posto de saúde. Quando eu cheguei ali eu achava que era tratado assim que nem o posto de saúde né, daí eu vi que era bem diferente ali né, o tratamento. Eles “é” bem acolhedor, ouve as pessoas, tudo né, bem acolhido ali [...] Ah, eu falaria que o CAPS é um lugar muito bom que as pessoas são bem tratadas, bem acolhido e é um excelente lugar né? Tem gente que fala que ali é pra louco né e ali é um lugar muito bom pra pessoa, bem acolhida e eu recomendo muito bem ali, bem acolhido mesmo. (FAM03).

Em vários momentos os familiares relataram ter recebido atenção e escuta qualificada por parte da equipe durante os atendimentos. Demonstra-se, a partir dos trechos destacados:

Nóis fomos bem recebidos, as meninas tudo muito bem atentas com a gente, sempre ali pronta a “fazê” as coisas, pergunta como que tá (FAM01).

[...] Muito bem, muito bem recebido mesmo [...] eles escutam o que a gente tem pra falar (FAM03).

Ah eles são gente muito querida, muito boa assim, porque eles dão atenção [...]. (FAM05).

Acolher faz parte do processo de trabalho dos serviços de saúde. Nesse sentido, o acolhimento deve orientar o trabalhador para que receba como justa e verdadeira a queixa trazida pelo usuário, oferecendo uma escuta de qualidade com objetivo de oportunizar o acesso do mesmo às tecnologias adequadas à resolutividade de suas necessidades em saúde. Deve-se inferir que acolhimento pressupõe ainda, trocas afetivas nas relações entre equipe/trabalhadores/usuários (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

O CAPS se sobressaiu no decorrer das entrevistas como um serviço que oferece acolhimento com escuta qualificada aos usuários e cuidadores, diferentemente do que é vivenciado pelos mesmos nos demais serviços de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No que se refere ao atendimento das demandas, é possível perceber que os entrevistados destacam que elas são atendidas, contudo, na sua maioria, estão ligadas às condições clínicas e relacionadas aos encaminhamentos:

[...]e eu tinha assim comigo que eles iam ir lá pra terem uma psicóloga, pra ter uma ajuda com psicóloga, pra ter uma ajuda com o psiquiatra, pra aquilo que eu preciso mesmo[...]Antes tinha que esperar não sei quanto tempo lá no posto, ia e voltava, ia voltava, as vezes ia consultar dava certo, às vezes não dava. E ali pelo menos eles estão assim, como diz o caso, a hora que precisarem de um remédio, essas coisas também, é mais fácil da gente conseguir né[...] (FAM02).

Eu gostei porque ali eles me deram todo o apoio, todo o atendimento que precisava, ela precisava ser internada, daí eles arrumaram a consulta[...] (FAM05).

As necessidades em saúde são construídas historicamente e culturalmente e estão ligadas a autopreservação e continuidade da vida como alimentação, abrigo, vida sexual, contato social e cooperação. Consideram-se ainda as carências e vulnerabilidades coletivas e individuais, assim como a liberdade, autonomia, auto realização, autodeterminação, a atividade moral, e a própria reflexão do indivíduo (Hino, Fonseca, & Egry, 2009). Para Souza e Botazzo (2013) a demanda em saúde é a locução do usuário para externar a sua necessidade ao serviço e na maioria das vezes essa necessidade será expressa de forma subjetiva e implícita, ficando a cargo do profissional interpretar as suas dúvidas e anseios.

Da mesma forma, quando os serviços centram o processo de trabalho de forma a atender as necessidades em saúde da população, incluindo os aspectos objetivos e subjetivos atrelados ao fato de permitir a expressão do indivíduo na sua complexidade e formação, estes se tornam mais próximos da eficiência (Hino, Fonseca, & Egry, 2009). O CAPS, como um serviço comunitário, tem como prerrogativa prestar assistência individual e grupal, oferecendo, desta forma, apoio psicológico, terapêutico, medicamentoso, orientativo, dentre outros, de uma forma humanizada, incluindo refeições no período de permanência do usuário no serviço (Brasil, 2002).

O entendimento dos familiares em relação às suas necessidades está muito ligado a visão biomédica, uma vez que apenas os aspectos biológicos-clínicos foram enfatizados nas entrevistas. As necessidades humanas de autonomia crescente, reinserção e participação social não foram listadas, revelando a não percepção ou o desconhecimento de que o serviço deve

ser um facilitador para o seu desenvolvimento. Esta é uma questão que precisa ser melhor trabalhada pelo serviço.

Embora também não possuam claramente o entendimento do que são suas necessidades e de como o serviço pode viabilizar o acesso para supri-las, quando da sua chegada no CAPS, com suas demandas, destacaram a resolutividade aos encaminhamentos que buscavam, como por exemplo concentrar em um único lugar atendimentos de vários profissionais, e que antes gerava uma peregrinação a diversos locais.

Isto torna-se essencial porque antes de sua chegada ao serviço, percorreram caminhos semelhantes e variados na busca por atendimentos:

“Nóis” levamos ele em médico neurologista em [município vizinho] até Curitiba ele foi (FAM01).

[...] na época aqui não tinha médico especialista pra essas coisas né, então foi encaminhado [...] Era psiquiatra [...] passou por várias psicólogas [...] (FAM02).

Ela se tratava só com médico do posto [...] Clínico Geral [...] (FAM03).

Primeiramente ele foi no posto de saúde, nos médicos (FAM04).

No posto de Saúde, na igreja [...], doutor (nome do médico), doutor (nome do médico). (FAM05).

Dessa maneira, o CAPS, de acordo com os familiares entrevistados, possibilita uma otimização na assistência do familiar e reduz a fragmentação dos atendimentos em saúde mental, no entanto, desconhecem os mecanismos para sua participação social, podendo ser esta, uma fragilidade do serviço, que deveria estimular a inserção da comunidade e ampliação dos direitos dos usuários.

O cuidado em saúde deve extrapolar o modelo tecnicista biomédico, considerando os aspectos sociais, econômicos e os “modos de levar a vida” do usuário e família. Para isso, o serviço deve ampliar o olhar sobre os mesmos de maneira a superar o diagnóstico, lançando mão da clínica ampliada, enfatizando a singularidade dos sujeitos, na busca pela produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, que se dá por meio da construção de vínculos, integração da equipe multiprofissional, aumento de recursos de intervenção e elaboração de

projetos terapêuticos singulares, ou seja, que considerem a vulnerabilidade de cada caso indivíduo (Grigolo & Pappiani, 2014).

O CAPS deve se constituir em um serviço centrado no acolhimento e no vínculo, comprometido com a construção dos projetos de inserção social, evidenciando os princípios de cidadania e as possibilidades de cada indivíduo portador de sofrimento psíquico, visando a minimização do estigma e promoção de uma melhor qualidade de vida. Nesse contexto, visualiza-se que não basta tratar um único membro da família, mas necessita-se oferecer cuidado a todos os familiares envolvidos com o sofrimento psíquico (Bielemann et al., 2009).

Outra atividade mencionada pelos sujeitos e que possibilita maior vínculo familiar-serviço foi a busca ativa. As Políticas Públicas da Atenção Básica e Saúde Mental evidenciam a busca ativa na assistência em saúde como uma estratégia de cuidado. A definição de busca ativa vem da vigilância epidemiológica, no sentido de identificação precoce de casos suspeitos e confirmação rápida para orientar o uso de medidas de controle. Mas baseado no pressuposto da integralidade de cuidado, a busca ativa em saúde mental tem se tornado uma ferramenta para quebrar o automatismo do cuidado, cuja tônica é aguardar a demanda espontânea, e essa nova postura exige do profissional ser proativo, com os objetivos de captar as necessidades em saúde dos usuários, promover vínculo terapêutico e inserção no meio cultural da família (Lemke & Silva, 2010).

A busca ativa contribui ainda para diminuição da evasão dos usuários de serviços como o CAPS, para que se conheça a existência de comorbidades, associadas ou não, aos transtornos mentais e para a avaliação do nível do sofrimento psíquico da família (Pereira, Amorim, Vidal, Falavigna, & Oliveira, 2013). Destarte, aparece a visita domiciliar, como uma ferramenta para operacionalizar a busca ativa.

A visita domiciliar é um importante dispositivo integrante da busca ativa e das tecnologias leves, além de humanizar o atendimento em saúde mental e formar vínculos, possibilita a aproximação do profissional com determinantes do processo saúde/doença, no âmbito da família (Ponse, Santos, Ribeiro, Ebling, & Borges, 2018). Dessa forma, é um meio de facilitar uma maior resolutividade, no que se refere aos atendimentos das necessidades em saúde da população assistida, neste caso, usuários e seus familiares.

Destaca-se que por meio da realização de visitas domiciliares, podem ser reduzidos custos com serviço hospitalar, e pode haver melhoria do prognóstico dos indivíduos, estímulo ao autocuidado e aumento da qualidade de vida, não somente da pessoa que tem algum transtorno, como também de sua família cuidadora. Nesse sentido, trata-se de uma estratégia

importante para se desenvolver no CAPS, considerando também sua capacidade de oportunizar vínculo terapêutico, que pode facilitar na adesão medicamentosa dos sujeitos.

Outra forma de relação entre os familiares e profissionais do CAPS, configurada aqui como uma estratégia de formação de vínculos entre o serviço e a família dos usuários deste serviço, é a realização das oficinas terapêuticas e as reuniões propriamente ditas. Com relação a isso, emergiram os seguintes relatos:

“Eu também frequento o CAPS agora [...]eu aprendi pintura [...] (FAM01)”;

“[...]eu vou em todas as reuniões que tem, agora já me convidaram pra mim ir lá fazer alguma coisa também[...] (FAM02)”.

“Faz, acho, uns seis “mês” que eu participo da reunião [...] CAPS é um lugar muito bom que as pessoas são bem tratadas, bem acolhido e é um excelente lugar né. (FAM03).”

Bielemann et al. (2009) apontam que anteriormente à Reforma Psiquiátrica, a família era mantida afastada do serviço, sendo meramente observadora da situação, porém, atualmente, o serviço deve abrir as portas para esta família, realizando sua integração e incentivando sua participação nas atividades desenvolvidas pelo serviço, ao mesmo passo que presta apoio para que essa possa conjuntamente contribuir para um manejo adequado e a manutenção da saúde do usuário.

Historicamente, a família encontrava-se afastada do tratamento dos seus familiares com transtorno mental, porque este, na maioria das vezes, encontrava-se em hospitais psiquiátricos. Neste modelo, o familiar era alijado do tratamento, as visitas eram proibidas nas primeiras semanas de internação. Já, nos serviços incorporados pela Reforma Psiquiátrica, observa-se a necessidade de a família estar ao lado do portador de transtorno mental, modificando comportamentos, aprendendo formas de manejo e interagindo com a equipe, portanto, é necessário que a família entenda e conheça a patologia do seu familiar com transtorno mental (Navarini & Hirdes, 2008).

Resultados da pesquisa de Schrank & Olschowsky (2008) se assemelham aos resultados deste estudo, ao desvendarem que as estratégias mais utilizadas para efetivar a inserção da família no cuidado são: o atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas, sendo que o vínculo constituiu-se como elemento

fundamental nas ações. Estudo apontou a existência de um vínculo permanente entre os profissionais, usuários e familiares que frequentavam centros de atenção psicossociais, parecendo ser uma estratégia utilizada pelos profissionais, pautada no entendimento dos mesmos de que o vínculo afetivo colabora para um melhor acompanhamento dos usuários (Moraes, Pereira, Silva, & Medeiros, 2020).

Considera-se também que as oficinas terapêuticas são facilitadoras da fala, expressão de sentimentos e problemas, podem propiciar a integração social e familiar, geração de renda, acolhimento e “o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, e por fim o exercício coletivo da cidadania”. Nise da Silveira, psiquiatra precursora da terapia ocupacional no Brasil, ainda na década de 1940, acreditava que os pacientes psiquiátricos ao realizarem atividades como pintura e escultura, permitiam que imagens e sentimentos do inconsciente viessem à tona, tornando-as atividades terapêuticas e auto curativas (Pereira & Palma, 2018).

A partir da Reforma Psiquiátrica, no modelo de tratamento psicossocial, as oficinas geradoras de renda, tornaram-se não apenas oportunidade trabalho, mas campo de apreensão de direitos e construção de cidadania (Galves, Luiz, Júnior, & Pinho, 2016). Assim sendo, acredita-se que o CAPS deva extrapolar essas demandas, e que os profissionais se atentem às necessidades da família, utilizando-se de atividades como grupos de geração de renda, passeios culturais, oficinas terapêuticas entre outras atividades de inserção dos familiares no serviço, olhando para a família que precisa ser cuidada, para que se sinta fortalecida e possa ter e dar suporte emocional. Nesse sentido, a família não deve ser vista unicamente como suporte do indivíduo com transtorno mental, pois frente a este processo ela também se encontra fragilizada e necessita de cuidado (Bielemann et al, 2009).

Destacou-se nesta categoria, aspectos relacionados à formação e manutenção de relações sociais entre familiares de usuários de um CAPS e seus trabalhadores. Em outras palavras, estratégias que possibilitam a vinculação entre os familiares dos usuários e os trabalhadores deste serviço. Foram compreendidas como estratégias, o acolhimento, a escuta qualificada durante o atendimento, a oportunidade de inserção dos familiares no desenvolvimento das oficinas terapêuticas e reuniões com a equipe, bem como o atendimento às demandas dos cuidadores, a busca ativa e a realização do grupo de familiares.

A família, o usuário e os benefícios do tratamento no Centro de Atenção Psicossocial

De uma forma geral, os cuidadores afirmaram que seus familiares tiveram mudanças consideradas positivas após início de tratamento no CAPS:

Ele sempre foi um menino calmo. Sempre foi aquela pessoa sorridente, calmo, mas o CAPS agora pra ele melhorou bastante [...] (FAM01).

“Dicerto” eles têm instrução lá que as coisas tem que ser tudo certinhas, tem que fazer certo, não pode manipular, não pode tá extrapolando muito a saúde, essas coisas, então alguma coisa pra eles resolveu (FAM02).

Ela é mais feliz, que nem ela vivia triste, vivia só chorando né, ficava chorando, falava em tacar fogo na casa, fazia eu sair daqui que ia tacar fogo na casa. Agora dá pra ver nela que ela é mais feliz, tranquila né, ela teve bastante mudança com o tratamento (FAM03).

[...]Ah, ele tem mais ânimo pra fazer as coisas. [...] Mas assim, no geral ele melhorou [...] (FAM04).

[...] a gente conversava, mas não era assim que nem agora, porque agora a gente tem mais compreensão[...] (FAM05).

O Centro de Atenção Psicossocial, como serviço comunitário, implementado no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, através do trabalho de sua equipe multidisciplinar, permite ao usuário uma ressignificação de sua vida. A partir da ressocialização e empoderamento crescente, o mesmo conquista progressivamente a oportunidade de se tornar protagonista de sua trajetória. Dessa forma, o tratamento no Modelo Psicossocial permite ao sujeito em sofrimento mental, reestabelecer as conexões sociais, evitando sucessivos internamentos e a exclusão social a que estavam sujeitos no modelo manicomial (Pacheco, Rodrigues, & Benatto, 2018).

De forma semelhante, as reuniões mensais entre profissionais do CAPS e familiares são consideradas benéficas pelos cuidadores, que expressam adquirir conhecimentos

relacionados ao cuidado do familiar em sofrimento mental, bem como constituem-se como espaços para expressão das suas angústias e dificuldades pessoais:

Ah tem ajudado bastante e daí o que eu aprendo lá eu passo aqui [...] então a gente tem que saber o que que tá errado (FAM01).

A gente aprende bastante coisa, a gente aprende como lidar, [...] eles falam tudo assim como a gente deve lidar com eles e eles também com a gente, como é que deve ser, a gente aprende a conviver mais (FAM02).

Eu aprendi que quando uma pessoa é assim, a gente não pode contrariar né, a gente tem que sempre tá do lado deles, acompanhar os medicamentos, não pode tá contrariando eles [...] (FAM03)

Ajudou, porque assim eles ensinam a gente como que tem que lidar, eles dialogam com a gente lá e conversa né. Cada um conta seu problema, daí eles incentivam a gente né, eles dão exemplos das coisa lá, daí eles focam lá o assunto, explicam pra gente, então é uma coisa que é útil pra gente né [...] Ah lá eles perguntam como é o relacionamento nosso, o relacionamento da gente em casa né, pra gente tá conversando, tá dialogando, porque a pessoa não fica mais como era, [...] (FAM05).

Os grupos terapêuticos de familiares do CAPS, estão alinhados a nova política de saúde mental do país, balizados pela Lei nº 10.216/2001, lei que consolidou a Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo modelo preconiza como objeto de cuidado a unidade familiar e toda a sua complexidade relacionada. De forma coerente o serviço pesquisado, tem permitido, conforme o relato dos entrevistados, espaço para acolhimento, escuta e aprimoramento das relações interpessoais (Mielke, Kohlrausch, Olschowsky, & Schneider, 2010). No entanto, destaca-se a que o processo da Reforma Psiquiátrica não está concluído, o que demanda ainda constante luta política para sua ampla implementação no país (Jafelice, Ziliotto, & Marcolan, 2020).

No contexto da reforma psiquiátrica, os centros de atenção psicossocial tratam-se de dispositivos estratégicos que visam superar a lógica do modelo asilar, por meio da construção de um novo lugar social para sujeitos em sofrimento psíquico, envolvendo os familiares no tratamento. Suas atividades se dão em ambiente de “portas abertas”, devendo ser um espaço acolhedor e inserido nos territórios onde vivem a população atendida. Evidencia-se que suas

ações podem ser realizadas de maneira coletiva, em grupos, e também individuais, ao mesmo passo, que são destinadas tanto aos usuários como famílias, além de poderem ser desenvolvidas no âmbito comunitário, no espaço do CAPS e/ou no próprio território que abrange, abarcando os contextos reais de vida das pessoas (Moraes, Pereira, Silva, & Medeiros, 2020).

A partir dos relatos, observa-se a importância do aprendizado adquirido pelos familiares cuidadores nas reuniões de familiares, assim como a relevância dos profissionais utilizaram o diálogo como ferramenta de cuidado, valorizando assim, a expressão individual na construção da autonomia do sujeito e na melhora das relações familiares. Desse modo, caracteriza-se, também, a relação entre os trabalhadores do CAPS e familiares, como uma relação pautada pelo diálogo, em que a família e os profissionais da saúde se beneficiam.

4. Considerações Finais

Este estudo desvelou as percepções de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a relação mantida entre eles e os trabalhadores de saúde deste serviço. Identificou-se estratégias utilizadas por um serviço de atenção psicossocial para vincular-se às famílias, sendo estas, o acolhimento, a escuta qualificada durante o atendimento, a oportunidade de inserção dos familiares no desenvolvimento das oficinas terapêuticas e reuniões com a equipe e atendimento às demandas dos cuidadores, a busca ativa e a realização do grupo de familiares.

De maneira geral, os cuidadores revelaram sentirem-se acolhidos pelo CAPS, destacando uma escuta qualificada e atendimento às suas demandas. No entanto, as demandas apresentadas ao serviço, relatadas pelos familiares, estavam mais associadas ao modelo biomédico de atendimento, prevalecendo questões relacionadas ao tratamento medicamentoso do usuário com sofrimento psíquico e a necessidade de consulta médica, ou ainda, ligada a fatores sociais, como a busca por recursos ofertados pela assistência social, presente no serviço.

Evidencia-se assim, a necessidade da equipe do CAPS trabalhar com as famílias, a oportunidade deste serviço oferecer também um suporte psicológico para os mesmos, considerando que está também é uma de suas funções, e que isso favoreceria também a criação de vínculo com estes familiares. No entanto, cabe ressaltar que, no local estudado, as relações parecem estar de acordo com o que se preconiza para um CAPS, pautadas no

diálogo, acolhimento, e manutenção de vínculos com a família, em consonância também com os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira.

O estudo tem, dentre suas limitações, o número pequeno de cuidadores entrevistados, e seu delineamento, por se tratar de um estudo exploratório-descritivo, fatores que não permitem a generalização de seus resultados. Refere-se ainda, que não foi possível compreender a percepção dos trabalhadores, visto que o estudo não teve este propósito e não pesquisou essa população.

Por fim, destaca-se que, novas investigações são necessárias para entender as relações entre os familiares dos usuários dos centros de atenção psicossocial, incluindo àqueles que explorem o ponto de vista dos trabalhadores e dos próprios usuários do serviço. Estudos transversais e longitudinais, que empreguem metodologias quantitativas e qualitativas são úteis para o avanço da pesquisa científica deste tópico de saúde.

Referências

Almeida, A. C. M. C. H. D., Felipes, L., & Dal Pozzo, V. C. (2011). O impacto causado pela doença mental na família. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 40-47.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

Bielemann, V. D. L. M., Kantorski, L. P., Borges, L. R., Chiavagatti, F. G., Willrich, J. Q., Souza, A. S. D., & Heck, R. M. (2009). A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 18(1), 131-139.

Brasil. (2002). Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002: Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*.

Brasil. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.

Galves, F. R., Luiz, C. C. A., Júnior, J. E. P. R., & Pinho, K. L. R. (2016). Trabalho e geração de renda como produção de cidadania na saúde mental: A experiência do Núcleo de Oficinas e Trabalho de Campinas. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 8(18), 206-213.

Gaskell, G., & Bauer, M. W. (2002). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. *Petrópolis, RJ: Vozes*, 74.

Hino, P., Ciosak, S. I., Fonseca, R. M. G. S. D., & Egry, E. Y. (2009). Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(SPE2), 1156-1167.

Jafelice, G. T., Ziliotto, G. C., & Marcolan, J. F. (2020). Concepção dos profissionais de centro de atenção psicossocial sobre as políticas públicas de saúde mental. *Research, Society and Development*, 9(5), e71953100. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3100>

Lemke, R. A., & da Silva, R. A. N. (2010). A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 281-295.

Mendes, P. B. M. T. (1995). Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertação]. *São Paulo (SP): Programa em Serviço Social, Pontífica Universidade Católica de São Paulo*.

Moraes, P. L. M. de, Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Medeiros, A. Y. B. B. V. de. (2020). A percepção da desinstitucionalização pelos profissionais da saúde mental na práxis no Centro de Atenção Psicossocial no contexto brasileiro. *Research, Society and Development*, 9(7), e763974750. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4750>

Mielke, F. B., Kohlrausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 761-5.

Millani, H. D. F. B., & Castro Valente, M. L. L. de. (2008). O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4(2), 1-19.

Minayo, M. D. S. (1998). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Mioto, R. C. T. (2010). A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas* (pp. 51-66).

Moré, C. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. *CIAIQ2015*, 3.

Moreno, V., & Alencastre, M. B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), 43-50.

Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(4), 680-688.

Pacheco, S. U. C., Rodrigues, S. R., & Benatto, M. C. (2018). A importância do empoderamento do usuário de CAPS para a (re) construção do seu projeto de vida. *Mental*, 12(22), 72-89.

Pappiani, C., & Grigolo, T. M. (2014). Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 6(14), 1-26.

Pereira, M. O., Amorim, A., Vidal, V., Falavigna, M. F., & Oliveira, M. A. F. D. (2013). Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 409-412.

Pereira, O. P., & Palma, A. C. (2018). Sentidos das oficinas terapêuticas ocupacionais do CAPS no cotidiano dos usuários: uma descrição fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 24(1), 15-23.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book].

Ponse, C. E. M., Santos, K. M. dos., Ribeiro, F. G., Ebling, S. B. D., & Borges, L. R. Visita domiciliária como dispositivo de cuidado na saúde mental: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN*, 2178, 2091.

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. D. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico [recurso eletrônico]. *Novo Hamburgo: Freevale*.

Rodrigues, M. F. M. R., & Costa, M. L. V. Enfermeiro de família: que representação? *Rev Ciênc Saúde*. 2013. 5, 42-52.

Santana, C. V. M. O. R. A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações eo papel do IBDFAM (Instituto Brasileiro de Direito de Família)[final report][Internet]. Aracajú: Universidade Tiradentes; 2015. Acessado em: <https://openrit.grupotiradentes.com>.

Santin, G., & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, (34), 146-160.

Schneider, J. F. (2001). Ser-família de esquizofrênico: o que é isto? In *Ser-família de esquizofrênico: o que é isto?* (pp. 106-106).[

Silva, E. K. B. D., & Rosa, L. C. D. S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? *Revista katálysis*, 17(2), 252-260.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.

Souza, C. R., & Botazzo, C. (2013). Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 393-413.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39, 507-514.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Ida Vaz Machado - 70%

Sidnei Teixeira Junior –10 %

Gimene Cardozo Braga – 10%

Romario Daniel Jantara – 10%