

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**O sofrimento de familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais
graves:**

Um relato de experiência em um CAPS II

Participante: Thielle Dresch

Orientadora Prof^a Dr^a. Caroline Rubin Rossato Pereira

Santa Maria, RS

Junho, 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

THIELLE DRESCH

**O SOFRIMENTO DE FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPS**

II

Artigo apresentado ao Curso de bacharel em Psicologia – Departamento de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel.

**Profa. Orientadora: Dr^a. Caroline
Rubin Rossato Pereira**

SANTA MARIA (RS)

2022

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de experiência de uma acadêmica da área de Psicologia, dentro do Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, no qual relata vivências e percepções acerca do sofrimento do familiar cuidador de pessoas com transtornos mentais graves e os aspectos institucionais ligados à essa relação. O relato tem como cenário um CAPS II de uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul. Os dados obtidos são frutos da experiência e vivência da autora durante o ano de estágio no local. Os resultados mostram que, apesar de haver indicações para que se tenha um trabalho voltado para o cuidado da família do usuário ativo no CAPS, na prática essa tarefa não consegue ser plenamente efetivada. Indica-se a necessidade de mais pesquisas em relação a essa temática.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; CAPS.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
PTMs	Pessoas com Transtornos Mentais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TR	Terapeuta de Referência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
1.1 HISTÓRICO DO CAPS II NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E FUNCIONAMENTO.....	4
1.2 A FAMÍLIA: CICLO VITAL, A DOENÇA MENTAL E SUA RELAÇÃO COM O CAPS.....	8
2 RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO NO CAPS II.....	11
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
4 REFERÊNCIAS.....	17

1 INTRODUÇÃO

Apesar da relevância do tema, o sofrimento de familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais graves ainda é bastante negligenciado em nossa sociedade. Até meados do século XX, os hospitais psiquiátricos eram utilizados como uma forma de higienização da sociedade, excluindo “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Dessa forma, durante a intervenção terapêutica, o paciente não tinha contato com a família, sendo ela banida dos procedimentos, deixando o tratamento ao encargo dos médicos e da equipe de trabalho do hospital psiquiátrico. Esse afastamento do sujeito em relação à família, durante a internação, se devia ao entendimento de que podia haver uma piora no quadro do paciente quando ele entrava em contato com o núcleo familiar (Moreno & Alencastre, 2003).

Mesmo com todo o avanço no tratamento direcionado às pessoas com transtornos mentais graves, Moreno e Alencastre (2003) presumem que a convivência das equipes de Saúde Mental com os familiares tem sido uma tarefa árdua, pois muitas vezes acabam rotulando as famílias e culpabilizando-as pelo adoecimento de um de seus membros. Sendo assim, ainda é presente a idealização de uma família que consegue "dar conta" de tudo o que diz respeito ao seu familiar com transtorno mental sem muitas dificuldades.

A vista disso, o presente artigo refere-se a um relato de experiência e teve como objetivo relatar as vivências e percepções de uma estagiária de Psicologia em um CAPS II. O foco do relato esteve direcionado para o sofrimento dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais graves e os aspectos institucionais relacionados aos familiares dos usuários do CAPS.

1.1 HISTÓRICO DO CAPS II NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO

De acordo com Mitre (2017), no Brasil, nas décadas de 1980 a 2001, a partir dos movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, o tratamento das pessoas com transtorno mental passou a considerar a reinclusão dessas

peças à convivência familiar e comunitária. Com isso, buscava-se rever o prejuízo causado pelos antigos manicômios, os quais funcionavam como um processo de “limpeza social” (FIGUEIRÊDO, 2014, p. 126), excluindo as pessoas com transtorno mental da sociedade.

Em 1994, houve a criação do Programa De Volta Para Casa, que consiste em um restabelecimento da pessoa com transtorno mental (PTM) quanto à inclusão na casa, na sociedade e no trabalho. O objetivo geral deste programa é reabilitar as pessoas com transtornos mentais graves que tenham mais de 10 anos de internação psiquiátrica, tentando recuperar e restabelecer as relações para além do núcleo familiar (BRASIL, 2005).

Já no ano de 2001, a lei Paulo Delgado - Lei nº 10.216 foi aprovada. Essa lei visa favorecer o tratamento em serviços de base comunitária, defender os direitos dos portadores de doenças mentais, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (BRASIL, 2005). Esse modelo conta com uma rede de serviços e instrumentos diversos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (Hospitais Gerais e CAPS III). Além disso, o Programa de Volta para Casa também faz parte dessa política, pois oferece bolsas para pessoas que permaneceram por um longo tempo em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A partir dos movimentos sociais e das Conferências de Saúde Mental, pode-se dizer que o processo de desinstitucionalização se iniciou. Esse trabalho parte do princípio de um esforço permanente que tem como objetivo desconstruir práticas tidas como únicas e verdadeiras e, a partir disso, favorecer a uma convivência saudável da PTM com seus familiares na multiplicidade de fatores que cingem o relacionamento (Moreno & Alencastre, 2003).

“Desinstitucionalizar não se restringe e nem muito menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender uma instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos (Amarante, 1995, p. 49).”

Dentro do processo de desinstitucionalização um dos objetivos mais importantes é que os profissionais de saúde desconstruam a ideia de família idealizada e supervalorizada. Desse modo, é necessário que se tenha um entendimento de que a família que assume os cuidados de uma pessoa com transtorno mental terá dificuldades, conflitos e até mesmo poderá contribuir de alguma forma com a continuidade dos sintomas ou surto psicológico (CALDAS et al., 2008).

A inauguração do primeiro CAPS do Brasil ocorreu em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação desse CAPS, assim como também dos demais inaugurados posteriormente, esteve ligada ao movimento antimanicomial iniciado por trabalhadores de saúde mental, que denunciaram a situação precária que os hospitais psiquiátricos se encontravam e com isso buscavam uma melhora na assistência à saúde mental no país (BRASIL, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004, p. 12):

“[...] os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

Existem diferentes tipos de CAPS, eles se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com a demanda dos usuários atendidos, a capacidade de atendimento e o tamanho do município. O CAPS I e II atendem diariamente adultos com transtornos mentais severos e persistentes dentro de sua população de abrangência – entre 20.000 e 70.000 e entre 70.000 e 200.000 habitantes, respectivamente. O CAPS III atende de forma diária e noturna adultos, durante sete dias da semana à sua população de abrangência – acima de 200.000 habitantes, com transtornos graves e persistentes. O CAPSi é destinado à infância e adolescência e funciona diariamente para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais em cidades com população acima de 200.000 habitantes. Por fim, o CAPSad tem atendimento diário para usuários de álcool e drogas. É

voltado para a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas em municípios acima de 100.000 habitantes.

Dentro dos serviços substitutivos que formam a rede de saúde mental do Brasil, estão os CAPS II, foco do presente relato de experiência. Este é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), que funciona de forma comunitária e aberta. Ele é referência para tratamento de pessoas adultas que têm transtornos mentais graves e demais quadros severos e persistentes que justifiquem a permanência num dispositivo comunitário, personalizado, de cuidado intensivo e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Uma vantagem do CAPS II é que ele possui uma equipe multiprofissional, que integra profissionais de diversas áreas, trabalhando juntos no local. Uma das funções do serviço é evitar a internação dos usuários em hospitais psiquiátricos, através de acolhimentos, grupos terapêuticos, atendimentos psicológicos, atendimentos psiquiátricos, visitas domiciliares e demais serviços oferecidos. Os serviços têm a intenção de promover a inserção social das pessoas através de ações intersetoriais, como: fortalecimento dos laços familiares e comunitários e favorecer aos usuários o exercício de seus direitos civis. Sendo assim, pode-se afirmar que o CAPS possui o papel de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (BRASIL, 2004).

O serviço deve ter um espaço próprio, que consiga oferecer um ambiente contido e estruturado para atender à sua demanda. Segundo orientações do Ministério da Saúde acerca dos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004), os recursos físicos mínimos do local são: consultórios para atividades individuais, sala para atividades grupais, espaço para ambiência, oficinas, capacidade de oferecer refeições de acordo com o tempo que cada usuário permanece no serviço, banheiros e espaço externo para esportes e recreação.

O paciente pode acessar o atendimento no CAPS II através da procura espontânea ou também por um encaminhamento de qualquer unidade da rede de

saúde do município. O usuário pode ir acompanhado ou sozinho, sempre procurando acessar a unidade mais próxima de sua residência. A partir do contato da pessoa com o CAPS, acontece um acolhimento, no qual ocorre a escuta do sofrimento e, dependendo do caso, a pessoa poderá permanecer no CAPS ou ser encaminhada para outro serviço mais apropriado. Caso haja permanência, o trabalho realizado junto ao usuário na unidade deverá ser de cunho terapêutico desde os atendimentos individuais e grupais até a ambiência no serviço. Isso é possível, pois preconiza-se a construção permanente de um espaço que promova uma sensação acolhedora, facilitadora que abrange várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2004).

Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, é traçado um plano terapêutico juntamente com o usuário e, geralmente, o profissional que fez o acolhimento passará a ser a sua referência no serviço. Esse profissional poderá seguir como o Terapeuta de Referência (TR), considerando-se que o vínculo que o usuário estabelece com o profissional é primordial para o seu processo de tratamento. O TR é responsável por monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no plano estabelecido (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que todas as definições e redefinições quanto ao tratamento são dialogadas em conjunto com o usuário.

1.2 A FAMÍLIA: CICLO VITAL, A DOENÇA MENTAL E SUA RELAÇÃO COM O CAPS

Para Althoff, citado por Reis (2010), a família corresponde a um fragmento social complexo e fundamental para o processo de vida do ser humano. Mais que uma ideia subjetiva ou noção abstrata, a família precisa ser compreendida por meio de sua concretização na convivência entre seus membros, na forma como a família compõe o seu mundo. Para uma boa convivência familiar é importante o reconhecimento sobre não ser necessário que as pessoas sejam iguais para viverem juntas. Entender que cada ser é único e tem seu próprio modo de agir,

pensar, ser e interagir motiva os sujeitos a construírem uma relação saudável e a viver em família (ALTHOFF, 2001).

Alguns eventos vividos ao longo do ciclo de vida da família são considerados como estressores familiares. Existem dois tipos de estressores, os verticais e os horizontais. Os estressores verticais são constituídos, segundo Carter e McGoldrick (1995), pelos modelos de relacionamento e funcionamento que são disseminados para as futuras relações de uma família. São os comportamentos, os tabus, os rótulos, as perspectivas e questões opressivas familiares com as quais os membros da família se deparam durante seu crescimento e convivência no meio familiar. Já os estressores horizontais, de acordo com Cezar (2010, p. 4),

“[...] temos as passagens de uma fase do ciclo de vida para outra, são eventos previsíveis denominados de desenvolvimentais. Há outros eventos que podem afetar o caminhar da família, trazendo desestabilizações, como doenças crônicas, acidentes, desemprego, mortes prematuras, entre outros.”

A doença mental que acomete um dos membros da família pode ser considerada como um estressor horizontal. De acordo com Rosa (2011), a relação da PTM com os familiares tem grande influência na vida familiar. Isso se dá, principalmente, na relação com o familiar responsável pelo cuidado, pois ele absorve a sobrecarga emocional e temporal do cuidado. Dessa forma, segundo Kebbe et al. (2014), o cuidador, muitas vezes, sente-se impotente, exausto fisicamente e mentalmente, assim como também pode ter suas atividades cotidianas comprometidas devido à sobrecarga de tarefas advindas dos cuidados. Conforme Carter e McGoldrick (1995), quando um dos pais é afetado por uma doença, este pode ser considerado para a família como alguém com necessidades especiais, o que ocasiona que um filho possa sentir-se no papel materno/paterno em relação ao seu próprio pai/mãe.

No que tange ao tratamento da PTM e o papel da família, como mencionado, segundo Moreno e Alencastre (2003), antes dos movimentos antimanicomiais, o paciente não tinha contato com a família durante o processo de tratamento, sendo ela responsabilizada por uma possível piora do quadro de saúde mental dele. Dessa

forma, todo tratamento da PTM ficava ao encargo dos médicos e do hospital psiquiátrico.

No ano de 1992, na II Conferência de Saúde Mental, a família teve, finalmente, sua representatividade assegurada nas propostas acerca do tratamento à PTM, sendo a não culpabilização da família uma das recomendações, além da promoção de atendimento integrado à família inserido no contexto comunitário e social. Da mesma maneira, no ano de 2001, a III Conferência de Saúde Mental procurou-se reiterar a importância da família no tratamento da PTM, sendo ela considerada uma aliada na redução do sofrimento psíquico, dando ênfase para a importância da formulação de planejamentos nos quais os familiares estivessem incluídos e, também, prevendo cuidados domiciliares (SENAD, 2011).

O serviço oferecido pelo CAPS fornece recursos terapêuticos grupais e individuais para atendimentos com o usuário, família e comunidade. Segundo o Ministério da Saúde (2004), as unidades oferecem diversos tipos de instrumentos que visam o cuidado à saúde mental da família do usuário, como por exemplo, atendimentos nucleares, que visam o usuário e seu núcleo familiar, e a grupo de familiares, assim como também individualizados, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer envolvendo o usuário e a família.

No cotidiano de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial, são acompanhadas famílias de distintos tipos de vulnerabilidades sociais. Dessa forma, observa-se a relevância do relacionamento terapêutico entre a equipe, o usuário e os familiares, facilitando a participação da família nos cuidados prestados pela unidade e na manutenção dos laços afetivos com a PTM (BRASIL, 2020).

A necessidade do apoio dos profissionais de toda a rede de atenção à saúde é acentuada pela demanda do preparo da família para participar, opinar, decidir e se co-responsabilizar pelo cuidado do usuário. Considera-se a família essencial para a manutenção da PTM fora da instituição psiquiátrica. A família tem o convívio diário com a pessoa com transtorno mental, sendo imprescindível a união do serviço aos familiares na busca da melhora do quadro da PTM e, logo, o alívio da família.

Segundo Navarini (2005), estudo feito sobre a família do portador de transtorno mental, além dos aspectos emocionais, também há uma sobrecarga

sentida nos encargos econômicos. Sabe-se que os pacientes psiquiátricos possuem entraves para produzirem economicamente, o que acaba por implicar em uma situação de dependência da família, além de limitar o acesso do cuidador no mercado de trabalho. Quanto aos aspectos emocionais, o estresse, a instabilidade, insegurança, as divergências nas relações fazem parte das relações da família. Além disso, é recorrente que os familiares venham a se distanciar de atividades sociais por sentirem vergonha, cansaço e frustração (NAVARINI, 2005).

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO NO CAPS II

A experiência de estágio acadêmico é considerada fundamental para a formação de todo profissional, independentemente da área de atuação. No Art. 20 das Diretrizes Curriculares Nacionais, alega-se que os estágios devem, necessariamente, fazer parte da formação acadêmica, pois representam um conjunto de tarefas que são planejadas e supervisionadas pelos professores da instituição de ensino, fazendo uma articulação entre a vivência prática no estágio e a teoria aprendida durante o curso (BRASIL, 2011).

A metodologia que sustenta este relato de experiência está pautada na pesquisa bibliográfica e documental (análise participante in loco). A experiência da acadêmica de psicologia, relatada neste artigo, teve duração de um ano e se passou em 2020. O estágio ocorreu em um Centro de Atenção Psicossocial II, de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Durante o estágio, diversas atividades foram desenvolvidas, como: acolhimentos, atendimentos telefônicos, teleatendimentos, atendimentos individuais (conduzidos pela estagiária), e também atendimentos em conjunto com outros profissionais da equipe multiprofissional, participação da coordenação de grupos operatórios e terapêuticos, assim como envolvimento nas reuniões de equipe.

Quando a autora ingressou no CAPS II, não tinha uma clara noção do que constituía a rede de saúde mental do município, o seu funcionamento e, principalmente, suas falhas. A primeira semana de estágio no serviço serviu para uma familiarização com o ambiente e a equipe de estágio. Sem demora, foi dado início às participações nos acolhimentos – realizados juntamente com algum profissional do CAPS II disponível e presente no local.

De acordo com o Brasil (2004, p.15), o acolhimento tem como objetivo:

“[...] compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço.”

Considera-se que os momentos de acolhimento foram os mais desafiadores, pois os encontros sempre eram permeados de um grau de surpresa, gerando diversas emoções ao entrar em contato com as histórias de vida dos usuários que procuravam o serviço. Anteriormente à essa experiência de estágio no CAPS II, a autora pensava que as demandas que chegariam no local seriam únicas e de fácil resolução e encaminhamento. Todavia, depois de um tempo percebeu-se que o usuário quase sempre chegava ao serviço com o que a equipe nomeava como um “combo” de dificuldades. Este termo era utilizado por alguns membros da equipe de saúde e assistência para se referirem ao somatório de dificuldades e necessidades com que as pessoas chegam até o serviço, extrapolando a problemática da pessoa com transtorno mental. Assim, traziam um conjunto de problemas de ordem familiar, como, por exemplo, violências de diferentes espécies, necessitando de encaminhamentos para outros serviços da rede e ajuda de profissionais de diversas áreas para buscar minimizá-los. Geralmente, o usuário chegava acompanhado de algum familiar, o qual tendia a centralizar o relato da situação atual do paciente. Na maioria dos casos, eram pessoas em situação de vulnerabilidade social que, além da ajuda com a saúde mental de seu familiar, também precisavam de ajuda dos serviços do SUAS (Serviço Único de Assistência Social), como o CRAS, CREAS, entre outros serviços da rede.

Após o acolhimento, era decidido a forma de condução do caso atendido. Caso se percebesse referir-se a uma pessoa com transtorno mental grave, o usuário permanecia no CAPS II e era agendada uma consulta especializada. No caso de não ser um paciente de CAPS II, os profissionais faziam o encaminhamento do usuário para o serviço da rede mais adequado para a resolução do seu problema (Policlínicas, CRAS, CREAS, entre outros). Contudo, nem sempre os encaminhamentos eram uma tarefa fácil de se fazer, visto que os profissionais e a estagiária tinham clareza de que alguns serviços da rede da cidade não

funcionavam de maneira eficiente e não havia garantias de que a pessoa receberia o atendimento necessário. Destaca-se que esses usuários que não eram de permanência do CAPS, não deixavam de ser urgentes e apresentar problemáticas preocupantes. Todavia, em geral, precisavam aguardar longos períodos para poderem acessar os serviços para os quais eram encaminhados.

Uma circunstância que se destacou nessa experiência foi escutar os familiares durante os acolhimentos. Muitos utilizavam daquele espaço para falar de suas próprias angústias e sofrimento que, muitas vezes, soavam como um pedido de socorro. Os relatos incluíam questões como troca de papéis familiares, instabilidade nos empregos, problemas no lar, problemas financeiros e sobrecarga emocional causada pelo cuidado do familiar com transtorno mental.

Segundo Kebbe et al. (2014), sabe-se que o cuidador pode recorrentemente sentir-se impotente, exausto mentalmente e fisicamente. Além disso, é comum que possua atividades cotidianas comprometidas devido ao excesso de atividades advindas dos cuidados com a PTM. Com isso, é reforçada a necessidade do cuidado também direcionado aos familiares dos usuários.

Como uma particularidade da experiência do estágio no ano de 2020 precisa-se destacar a ocorrência da pandemia do COVID-19. No CAPS II, no qual foi desenvolvido o estágio, muitas dificuldades se exacerbaram pela necessidade de distanciamento social imposta pela pandemia. Diversos grupos terapêuticos e operatórios não puderam dar seguimento, pois necessitavam da presença dos usuários. Embora algumas atividades tenham sido repensadas e continuadas de forma remota, poucos usuários conseguiram participar pela dificuldade de acesso à internet e manuseio da tecnologia.

Ao considerar os recursos humanos disponíveis no CAPS, ressalta-se a impressão de que a equipe não era suficiente para responder às demandas de todos os usuários ativos – aproximadamente 700, e, menos ainda, de seus familiares. A equipe do local era composta por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, três psicólogos, um terapeuta ocupacional, um assistente social, quatro profissionais do nível médio e cinco residentes das áreas de psicologia, terapia ocupacional e enfermagem. Para compor uma equipe mínima, a unidade deveria contar com mais dois profissionais de nível médio.

Segundo Brasil (2004, p. 26), no CAPS II a equipe mínima precisa conter:

“[...] 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.”

Apesar de constar nas diretrizes do ministério da saúde, acerca dos CAPS, que os familiares têm o direito de atendimentos individuais, em grupo, entre outros, na prática percebe-se que era necessário deixar de lado o cuidado com a família para "dar conta" da demanda de usuários ativos na unidade. Os profissionais do local percebiam a necessidade desse olhar direcionado à família, porém havia muitas dificuldades atreladas à esses cuidados, pois além do momento pandêmico requerer da equipe uma reconfiguração e adaptação das atividades gerais do CAPS, também havia a limitação pelo tamanho da equipe.

Apesar da compreensão por parte dos profissionais acerca da necessidade de atenção para com os familiares das PTMs e a compreensão da amplitude do seu trabalho, pôde-se perceber também alguns entraves a essas tentativas de movimentos nessa direção. De acordo com Costa (1991), dentro dos serviços públicos há "burocratas", estes chamados de "imobilistas", pois não visam expandir ou fazer crescer algo, o próprio aumento da burocracia é indiferente e não lhes causa incômodo. A burocracia, neste caso, é quando a mudança surge como algo ameaçador e penoso. Em contrapartida, há os técnicos, que neste caso se referem a novos profissionais e pessoas que estão chegando na instituição com novas perspectivas e ideias para movimentar as práticas do local, porém a burocracia acaba se tornando um obstáculo. Desse modo, mais do que olhar e compreender a necessidade do cuidado com a família do usuário, é preciso avançar para a abertura de novas ideias, perspectivas de atividades e atendimentos a partir desta concepção.

Outrossim, também foi observado na unidade a dificuldade que existe em "desvincular" os usuários em relação ao CAPS. Muitas pessoas eram usuárias do serviço há mais de 15 anos, sendo as mais antigas com 25 anos de acompanhamento no CAPS, aproximadamente. O problema está no discurso de muitos desses usuários do CAPS, que dizem ter a equipe da unidade como sua

família. No primeiro momento, o longo vínculo com a instituição pode ser visto como positivo, contudo, pode gerar certas disfuncionalidades dentro do lar do usuário. De acordo com Brasil (2004, p.13), o CAPS II tem como objetivo:

“[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.”

Dessa forma, o CAPS pode passar a ser considerado pelo usuário não apenas como uma referência, mas como sua própria família. A autora acredita que cabe a reflexão acerca da produção de uma certa disfuncionalidade dentro do lar do usuário, visto que se quem ocupa o papel de família é o CAPS, “quais papéis cabem a seus familiares?”. Tal situação era apontada pelos profissionais da unidade e gerava debates e preocupações em relação ao que poderia ser feito para modificar essa relação. Ponderava-se que o vínculo do usuário com o serviço fosse quebrado de uma maneira cuidadosa e efetiva, dado que o papel do CAPS é justamente fortalecer os laços familiares e sociais do usuário para que ele consiga receber “alta” da instituição, ou seja, esta seja progressivamente desnecessária. Considera-se esta uma questão delicada, que não deve ser tomada de forma simplista, mas que merece a reflexão por parte da equipe do CAPS acerca do papel do serviço, dos limites da sua intervenção e da necessidade de suportar frustrações e angústias ligadas ao trabalho com essa população.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento familiar advindo da sobrecarga dos cuidados de uma pessoa com transtorno mental grave é um tema que, apesar da relevância, ainda é bastante negligenciado em nossa sociedade. De acordo com os estudos apresentados, assim como observado no relato de experiência, no que diz respeito ao sofrimento dos familiares decorrente do cuidado de PTMs, muitos impactos são causados na vida emocional, física e econômica dessas famílias.

O CAPS II tem como um de seus objetivos abarcar a família do usuário em seu cuidado, visto que é dentro do seu lar que o usuário passa a maior parte do tempo, sendo assim, essencial o trabalho juntamente com os seus familiares.

Apesar de haver indicações para que se tenha um trabalho também voltado para a família no CAPS, o que se observa é que na prática isso não consegue ser plenamente efetivado. Nesse relato de experiência, nenhuma das atividades com familiares encontrava-se totalmente efetivada, sendo estas ideais para reorganização e reestruturação das ações oferecidas no serviço. Reforça-se que o momento vivenciado era pandêmico, ou seja, um ano em que tudo teve que ser repensado, recriado e reestruturado de forma abrupta, o que pode ter dificultado ainda mais a implementação de tais propostas.

Apesar da burocracia envolvida nos processos de mudança, também é perceptível a persistência de muitos profissionais da instituição para que haja sempre uma movimentação em suas práticas. Sabe-se que a rede como um todo é bastante burocrática, tudo precisa de muita insistência para seguir e, nesse meio, muitos acabam se ajustando por cansarem de insistir em situações dificilmente modificáveis.

Todavia, apesar de todas essas situações, precisa haver um olhar de cuidado para a família do usuário. O sofrimento dos familiares causado a partir das responsabilidades dos cuidados da PTM necessitam de uma atenção especial, visto que o amparo da rede amenizaria suas ansiedades e sobrecarga advindos das diversas tarefas diárias que precisam desempenhar. Logo, melhoraria nas relações e qualidade de vida da família e do usuário são um fato importante também para a saúde da pessoa com transtorno mental.

REFERÊNCIAS:

ALTHOFF, C. R. Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria sobre o ambiente familiar. 2001, 174p. Tese (Doutorado em filosofia de enfermagem) – **Programa de pós-graduação em enfermagem**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

Amarante, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: **Fiocruz**.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, **Secretaria Nacional Antidrogas**.

CALDAS, Bianca de Fátima Teixeira et al. Loucura e situação de risco social: o Estado Democrático de Direito e a Reforma Psiquiátrica. **Núcleo de Mediação e Cidadania** – Aglomerado da Serra Programa Polos de Cidadania – UFMG, 2008.

MCGOLDRICK, M.; CARTER, B. As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 1995.

CESAR, C. F. **A vida das famílias e suas fases: desafios, mudanças e ajustes**. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução 016/2000**, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

Costa, J. F. Psiquiatria burocrática: Duas ou três coisas que sei dela. In **Clínica do social**. São Paulo: Escuta, 1991.

LAVALL, Eliane; OLSCHOWSKY, Agnes; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação da família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. **Rev. gaúcha. enfermagem**; 30(2): 198-205, jun. 2009.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT - ALAGOAS**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 121–136, 2014.

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

MITRE, Aline Nogueira Minardi. A loucura em diferentes épocas: a convivência da família com o portador de transtorno mental. **Mental, Barbacena**, v. 11, n. 20, p. 4-28, jun. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, df, 12 dez. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências

Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Seção 1. p. 44-46..

Navarini, Vanessa e Hirdes, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2008, v. 17, n. 4

REIS, Helca Franciulli Teixeira. Famílias de pessoas em sofrimento mental: um olhar fenomenológico sobre as relações de convivência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2010.

SENAD. (2011). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: **Secretaria Nacional de Políticas de Drogas**