
SER Social

ESTADO, DEMOCRACIA E SAÚDE

Brasília, v. 22, n. 46, janeiro a junho de 2020

A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial

*The attention to family in a Psychosocial Care Center /
La atención a la familia en un centro de atención psicossocial*

Ana Carolina Becker Nisiide¹

Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva²

Resumo: Trava-se, neste texto, uma reflexão crítica acerca das contradições expressas pela centralidade da família na Política Nacional de Saúde Mental e dos limites e possibilidades enfrentados por um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) para oferta de atendimento que potencialize o protagonismo familiar, levando em consideração os percalços enfrentados por este serviço em tempos de política neoliberal. Para desenvolver esta discussão, este estudo engloba o contexto objetivo do Caps e as ações executadas nesse espaço para, a partir daí, analisar a atenção em saúde mental ofertada às famílias. Para a coleta dos dados que deram sustentação

1 Graduação em Serviço Social e Psicologia, mestre em Serviço Social e doutoranda em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá. E-mail: acnisiide@gmail.com.

2 Graduação em Psicologia, doutora, docente da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: miformoso@hotmail.com.

a esta pesquisa, utilizaram-se a análise documental, observações de campo e entrevistas semiestruturadas. Como resultado, verificou-se que o Caps enfrenta limites significativos, como estrutura física precária, número insuficiente de funcionários, alta rotatividade destes e poucos recursos financeiros. Este cenário decai em um atendimento focalizado no sujeito em sofrimento psíquico e com poucos espaços para o envolvimento familiar.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Mental; reforma psiquiátrica; neoliberalismo; atenção psicossocial.

Abstract: This text aims at a critical reflection about the contradictions expressed by the centrality of the family in the National Mental Health Policy and the limits and possibilities faced by a Psychosocial Care Center (Caps, in Portuguese) to offer care that enhances family empowerment, taking into account the mishaps faced by this service in times of neoliberal politics. To develop this discussion, this study encompasses the objective context of Caps and the actions performed in this space to, after that, analyze the mental health care offered to families. To collect the data that supported this research, document analysis, field observations and semi-structured interviews were performed. As a result, it was found that Caps faces significant constraints such as poor physical structure, insufficient staff and high staff turnover, and scarce financial resources. This scenario culminates in a service focused on subjects in psychological distress and with few spaces for family involvement.

Keywords: National Mental Health Policy; psychiatric reform; neoliberalismo; psychosocial attention.

Resumen: Este texto trae una reflexión crítica sobre las contradicciones expresadas por la centralidad de la familia en la Política Nacional de Salud Mental y los límites y posibilidades que enfrenta un Centro de Atención Psicosocial (Caps, en Portugués) para ofrecer una atención que potencie el protagonismo familiar, teniendo en cuenta los percances que enfrenta este servicio en tiempos de política neoliberal. Para desarrollar esta discusión, este estudio abarca el contexto objetivo de los Caps y las acciones realizadas en este espacio para, a partir de ese contexto, analizar la atención de salud mental que se ofrece a las familias. Para la recolección de datos que respaldaron esta investigación se utilizó el análisis documental, observaciones de campo y entrevistas semi-estructuradas. Como resultado se encontró que las capas se enfrenta a límites importantes como estructura física precaria, personal insuficiente y con alta deserción y escasos recursos financieros. Este escenario de descomponer en un servicio de atención al cliente se centró en el tema de la angustia y con pocos espacios para la participación de la familia.

Palabras clave: Política Nacional de Salud Mental; la reforma psiquiátrica; el neoliberalismo; la atención psicossocial.

Introdução

No Brasil não chegou a ser implantado um Estado de Bem-Estar Social. A possibilidade de efetivação de políticas sociais amplas surge como projeto na Constituição Federal de 1988 devido, em grande parte, à pressão exercida pelos trabalhadores organizados em movimentos sociais. Todavia, esse projeto não se concretizou pelos governos eleitos após 1990, que, em menor ou maior grau, direcionaram suas políticas pautadas no receituário neoliberal. Para Pereira (2006), o que se implantou no Brasil foi um pluralismo de bem-estar, em que a responsabilidade pela proteção social foi dividida entre o Estado, o mercado e a sociedade civil. Nesse compartilhamento, o Estado oferece o recurso do poder e da coação, ausentando-se cada vez mais da execução das políticas sociais; o mercado comercializa o direito ou pratica a filantropia quando isso se torna comercialmente interessante; e, por fim, a sociedade civil atua por meio da filantropia e do voluntariado, por meio de organizações caritativas ou das fontes privadas de proteção social, como a família e as redes de solidariedade.

Este modelo plural, sustentado pela ideologia neoliberal, repercute em dificuldades na efetivação das políticas sociais. Perante o discurso de ineficiência do Estado, assiste-se a uma diminuição da sua intervenção no campo das políticas sociais, que se tornam cada vez mais seletivas e focalizadas na pobreza. Diante da precarização dessas políticas, os indivíduos passam a procurar no mercado a garantia da proteção social, comprando serviços como saúde e educação. Essa direção privatizadora fortalece o mercado, que encontra no setor de serviços um nicho interessante de investimento e acúmulo de capital. Em contrapartida, o Estado passa a investir mais na política de assistência social para atenção aos vulneráveis, além de adotar medidas que responsabilizam as famílias e as sobrecarregam na proteção dos seus membros. (BATISTA, 2014).

Teixeira (2015) tece críticas às chamadas políticas familistas, que responsabilizam as famílias pelo bem-estar de seus membros, sem lhes ser ofertado condições para tal, perante a baixa ou inexistente oferta de serviços pelo Estado. Este repasse para as famílias

da execução de ações até então praticadas pelo Estado pode ser visualizado no “tratamento domiciliar de familiares doentes, justificado amplamente pelas vantagens para a família e para o doente. Discurso que obscurece o fato de ser uma estratégia de redução de custos para o Estado” (GELINSKI; MOSER, 2015, p. 126). Ademais, perante a implantação do receituário neoliberal e de uma lógica de Estado Mínimo, a privatização dos serviços é uma constante, em que se difunde uma proposta de gestão oriunda dos serviços privados e contrária aos princípios e interesses da gestão pública, que passa a pensar as políticas sociais como número de atendimentos, produtividade e racionamento de custos. Esta perspectiva também é adotada na tomada de decisões, restringindo a participação popular em favor de decisões seletivas e tecnoburocráticas. (VASCONCELOS, 2011).

Diante deste quadro, os desafios mais urgentes a serem enfrentados no campo da Política Nacional de Saúde Mental, conforme Vasconcelos (2011), são o atendimento de indivíduos com uso abusivo de drogas, a provisão de uma rede assistencial 24 horas para acolhimento noturno e gerenciamento de crises e o suporte aos familiares e às suas demandas específicas ante a crescente responsabilização da família pelo cuidado do seu paciente em sofrimento psíquico. Somado a isso, vive-se uma contrarreforma na Política Nacional de Saúde Mental, expressa principalmente pela Portaria nº 3.588, de 2017, a qual promove alterações na Rede de Atenção Psicossocial (Raps) que privilegiam o orçamento dos hospitais psiquiátricos em detrimento dos serviços substitutivos. Além disso, esta política insere na rede as comunidades terapêuticas, promovendo inversão na lógica até então construída no atendimento de saúde mental. Ademais, a Portaria inclui na Raps os ambulatórios de saúde mental, o que desarticula a relação entre o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e a atenção básica em saúde.

Nesse contexto, a valorização da família pela Política Nacional de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que avança ao favorecer a reinserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico e amplia o olhar para além do indivíduo, apresenta pontos que precisam ser debatidos. Isto porque a retração do Estado na efetivação de direitos pode refundar “a tendência já historicamente predominante na socie-

dade brasileira, qual seja, a de resolver na esfera privada questões da ordem pública”. (ALENCAR, 2010, p. 63).

No âmbito da saúde mental, o exercício da prática do cuidado no âmbito familiar requer “[...] disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com as próprias emoções” (BRASIL, 2013, p. 64). Perante esse lugar que a família ocupa e as funções que exerce, é importante pontuar a necessidade de olhá-la de maneira contínua, afinal, ela não é apenas um instrumento de auxílio no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, mas, sim, um espaço que pode auxiliar no sucesso ou fracasso do tratamento. A família é usuária do Caps e necessita ser ouvida, acolhida e fortalecida para o exercício da sua função protetiva.

Neste sentido, o exercício do protagonismo familiar está vinculado à necessidade de apoio e à oferta de suporte e informações, compreendendo que uma abordagem que incentive o fortalecimento de cuidados do sujeito em sofrimento psíquico e, ou, usuário de álcool e de outras drogas deve estar apoiada no que existe de recursos e fortalezas em cada família e não no que lhe falta (BRASIL, 2013). Assim, considerando as variadas funções que foram delegadas/assumidas pela família do sujeito em sofrimento psíquico, nas últimas décadas, e o atual contexto das políticas sociais e de saúde mental, em tempo de Estado Mínimo, é fundamental analisar, de forma mais aprofundada, como o atendimento à família vem acontecendo no espaço dos Caps. Compreende-se também que o protagonismo familiar é importante instrumento de cuidado, além de ser um mecanismo político de engajamento na luta pela garantia dos seus direitos, o que pode ser incentivado pelos serviços de saúde mental.

Metodologia

Esta pesquisa é consequência da dissertação de mestrado em Serviço Social que aborda o protagonismo familiar nos Centros de Atenção Psicossocial. Para compreensão desse protagonismo, foi necessário investigar vários pontos, entre os quais a conjuntura do Caps

e como ele atua, com as famílias usuárias desse serviço, no processo de compartilhamento de responsabilidades para atenção do sujeito em sofrimento psíquico, discussão essa abordada neste trabalho.

Para a coleta dos dados que deram subsídio a este estudo, o primeiro ponto foi a análise de documentos da instituição para conhecer a realidade dos seus usuários. Na sequência, foram realizadas as observações dirigidas, sendo cinco do Grupo de Familiares,³ uma observação da reunião da Associação de Pacientes Familiares e Funcionários do Caps (APFF-Caps)⁴ e três observações esporádicas, em outros momentos de rotina da instituição.

Concomitantemente à realização das observações de campo, foram feitas entrevistas semiestruturadas, compreendendo sete familiares e dois funcionários do Caps. O Centro estudado conta com um universo de 18 funcionários, sendo selecionados dois entrevistados com formação em Serviço Social e em Psicologia que atuam mais diretamente com os familiares, aqui denominados T1 e T2. No universo de 281 famílias de usuários, foi selecionado o presidente da APFF-Caps, por se tratar de um representante político formal das famílias, nesta pesquisa identificado como PA. Além dessa escolha, foram sorteadas seis famílias de usuários do Caps. O critério de seleção para esse sorteio foi, intencionalmente, o regime de atendimento do sujeito em sofrimento psíquico de duas famílias do regime não intensivo (denominadas F1 e F2), duas do regime semi-intensivo (F3 e F4) e mais duas do regime intensivo (F5 + F6 e F7).⁵ Com relação aos familiares F5 e F6, ressalta-se que o casal optou por participar da entrevista. Por fim, na transcrição das conversas, o entrevistador foi identificado como D e os usuários, U.

3 A reunião de familiares é um grupo mensal, aberto à escuta, troca de informações e orientação às famílias dos usuários do Caps.

4 Associação privada, sem fins lucrativos e declarada de utilidade pública por Lei Municipal, composta por usuários, familiares e funcionários do Caps.

5 Os usuários e familiares inserem-se no Caps a partir de seu Plano Singular de Atendimento, em uma forma/regime de atendimento que vai do intensivo (atendimento diário para pessoas que se encontram em grave sofrimento psíquico), semi-intensivo (atendimento de até 12 dias por mês, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram) e não intensivo (atendimento de até três dias por mês, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe). (BRASIL, 2004).

Os dados coletados, com a autorização dos entrevistados e do Comitê de Ética em Pesquisa, foram transcritos e analisados a partir da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). O recorte dos elementos do texto foi embasado na análise temática. Após recortado o material em temas, foi utilizado o tipo de enumeração da presença dos temas no texto e registrada a frequência da sua aparição para identificar quais pontos eram mais significativos em relação à realidade que se estava pesquisando. Este processo propiciou a emergência de várias categorias que relatam facetas diversas do protagonismo familiar, sendo elas: 1) o contexto em que está inserida a família do sujeito em sofrimento psíquico e as condições para a sua ação protagonista, 2) o compartilhamento de responsabilidades entre o Caps e as famílias dos usuários e 3) a relação do Caps e das famílias com a Política de Saúde Mental e com a rede de proteção social. A partir dessas categorias, elegeram-se neste artigo a discussão sobre o compartilhamento de responsabilidades entre o Caps e as famílias, enfocando o contexto em que esse serviço de saúde mental se encontra em tempos de políticas austeras e, diante disso, o atendimento ofertado aos usuários e seus familiares.

Discussão dos resultados

As condições de oferta de atendimento para os usuários dos serviços de saúde mental perpassam, em um primeiro momento, a compreensão dos limites e possibilidades para execução do serviço. Quanto ao Caps em estudo, verificou-se que a sua estrutura física é um grande nó, pois não comporta os atendimentos e atividades para um número maior de usuários, sua localização é de difícil acesso via transporte público e a maioria dos atendidos reside na região oposta da cidade.

É uma pena que é um lugar muito fora de mão, muito longe das famílias (F1).

Aquele espacinho quente, pequeno, montua um monte de gente numa sala, [...] e aquele cheiro que o U ficava insuportável, ele daí tem eh toque né, daí cheiro mais forte coisas assim, ele fica num desespero (F5).

Tendo em vista tal contexto, seria necessária uma reforma na estrutura do Caps, que já está desgastada, bem como a ampliação dos espaços de atendimento. Mesmo com a mobilização da equipe e dos familiares solicitando ao poder público alterações na estrutura do Centro, o retorno foi a “indisponibilidade de recursos financeiros para adequar a estrutura”, além de algumas promessas pouco consistentes.

O retorno deles é sempre promessas, né. Promessas que as coisas vai melhorar, como é sempre o SUS, né, vai melhorar. E a gente sempre sofre com isso, mas também não deixa de cobrar, não deixa de ir atrás (F4).

Situação similar foi identificada por Nascimento e Galvanese (2009), ao tratarem da estrutura dos Caps de São Paulo, SP. Esses autores apontam heterogeneidade na dimensão estrutural, com uma diversidade de estruturas físicas, instalações em imóveis alugados ou em antigos prédios públicos que, em sua maioria, não possuem instalações completamente adequadas para os serviços propostos.

Quanto à equipe técnica, o Caps estudado contempla o previsto em lei. Contudo, os profissionais escalonaram os horários, o que demonstra que os técnicos que compõem a equipe não se encontram no serviço durante todo o horário de funcionamento, dificultando o diálogo interdisciplinar e o atendimento aos usuários. Além disso, os funcionários pesquisados ressaltaram que o número de profissionais que atendem na instituição não dá conta da demanda.

Deveria ter (mais profissionais) para cobrir as doze horas, assim a gente faz um jogo de horário alguns dias de manhã, outros à tarde, para não ficar nada descoberto. Mas acho que seria uma forma objetiva da gente também poder desenvolver um trabalho melhor em relação aos pacientes e aos familiares e até essa divulgação em relação à comunidade (T1).

O fato de as oficinas dependerem das habilidades dos trabalhadores foi assinalado em algumas reuniões de familiares e na reunião da APFF-Caps, já que, devido especialmente à falta de recurso, a contratação de oficinheiros não é viabilizada. Os familiares demonstraram o desejo de ter oficina de informática e atividades variadas para os usuários, sugerindo, inclusive, que a Associação destinasse

recursos para a compra de material, que é escasso. Nesse processo, percebe-se que as famílias acabam colocando como papel da Associação a busca de recursos para melhoria do Caps, uma vez que não encontram esse respaldo no setor público. Esta situação exemplifica a afirmação de Alencar (2010, p. 76) de que “a máxima do Estado Mínimo expressa-se, no caso brasileiro, através da restrição de fundos para o financiamento de políticas públicas. Opera-se, na verdade, a privatização/refilantropização”, condição em que o Estado, aos poucos, se desobriga de suas responsabilidades e, nesse caso, a família se vê na necessidade de assumi-las.

Ainda com relação aos recursos humanos, as famílias relataram nas entrevistas que a rotatividade de funcionários no Caps estava prejudicando a qualidade do atendimento, a constância das ações e a vinculação dos usuários com o serviço. Essa rotatividade se deve a motivações políticas ou, mesmo, à insatisfação do trabalhador. Conforme Sampaio et al. (2011), na avaliação dos Caps de Fortaleza, foi constatada a falta de priorização da política pública de saúde mental no orçamento público, o que reflete na estrutura do serviço e nas condições de trabalho das equipes de atendimento. Tal fato, somado às questões estruturais, demonstra a dissonância entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e a sua execução, decaindo na falta de uma rede de saúde mental articulada e estruturada, na dificuldade de gestão do território e na busca pela erradicação dos sintomas por meio da medicalização. Esses fatores, entre outros, levam à insatisfação dos trabalhadores e ao seu adoecimento físico e psíquico.

Muita mudança de profissional [...], o paciente ele se acostuma com aquele profissional e tira, ou ela sai ou tiram (F5).

Há um certo desânimo em relação ao que é de fato estar em um serviço de saúde mental, é muito difícil. Porque tu tem que ter um desejo muito determinado, senão você vai pro seu local de trabalho e sei lá, faz o seu trabalhinho, recebe seu salário e vai pra casa (T2).

Como pontuou uma das entrevistadas, existe a necessidade do protagonismo da equipe, não apenas dos usuários e familiares, na luta para que a política avance e, para tanto, é necessária uma

equipe articulada e fortalecida para que seja possível construir no coletivo novas possibilidades para o atendimento em saúde mental. Afinal, com a reorganização da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, coloca-se um desafio para as equipes, ou seja, a reconstrução de papéis e fazeres profissionais. Este trabalho de reconstruir as formas de pensar e atuar com a política, elaborado a partir de diferentes olhares e práticas, pode transformar a equipe interdisciplinar em um espaço de arena de disputa de poderes e de saberes ou de construção de algo novo e significativo para os usuários e para a equipe (ROSA; MELO, 2009). O que se observou, no campo pesquisado e nos discursos das famílias, foi que o saber médico psiquiátrico e a medicação ainda ocupam papel central no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico; que o diagnóstico, muitas vezes, ocupa o peso de um “rótulo”, determinando um lugar onde tal sujeito se deve colocar, imobilizando-o nessa situação; e que, em alguns momentos, esses saberes colocados nos serviços de saúde mental se chocam, sendo necessários o diálogo e a construção de um caminho que ainda não está plenamente sedimentado. Além disso, conjectura-se se a ocorrência de um “esvaziamento” do serviço no que tange à participação dos usuários, que foi apontado por T2, não está relacionada ao lugar que a medicação e a consulta ocupam no imaginário desses usuários, dos familiares e da equipe, os quais, apesar de reconhecerem essas ações, podem não estar valorizando as demais práticas psicossociais como fundamentais para o tratamento.

Teve um dia em uma oficina que as pacientes começaram a me dizer assim “é T, eu sou psicótica?”. Porque vem um diagnóstico do psiquiatra, então eles né. E aí comecei a conversar com eles o que que é um psicótico, o que que é um neurótico, o que que né. Então, uma disse: “ah, mas então eu não sou psicótica”, e não é mesmo, “mas então o que que eu sou?”. Sabe? Você não faz ideia o que para essas pessoas que fazem parte e, inclusive desse dia que foi uma fala muito pontual, o quanto apaziguou internamente e como a partir daí foi possível inclusive introduzir trabalhos mais complexos, porque eu disse “vocês têm condições” (T2).

Apesar disso, observa-se o esforço da equipe em manter-se atualizada. Antes do início da reunião semanal da equipe, seus membros dedicam uma hora para estudo conjunto de uma temática que foi selecionada pelo grupo, buscando articular teoria e prática, analisando a realidade que o Caps enfrenta à luz dos saberes socialmente construídos. Quanto ao preparo técnico, Jucá et al. (2009) afirmam, em sua pesquisa, que, apesar de os profissionais de saúde mental de Salvador, BA, se mostrarem sensíveis ao sofrimento social e psíquico, eles necessitam ampliar seus conhecimentos teórico-metodológicos na área. Isso porque eles demonstram dificuldades na identificação do sofrimento psíquico, no manejo de algumas situações específicas ao transtorno mental e nos encaminhamentos para atendimento em serviços especializados. Diante disso, investir no aperfeiçoamento e formação dos trabalhadores de saúde mental é fundamental para uma práxis cotidiana mais assertiva.

Em relação aos recursos financeiros, os pesquisados ressaltaram que a verba não é suficiente para dar conta da demanda de trabalho. Além disso, percebem a falta de material para uso em oficinas e a necessidade de buscar na comunidade recursos, pois o poder público não provê o necessário. Esse contexto demonstra que o Estado brasileiro vem racionalizando seus gastos e submetendo a política social à política econômica. Este cenário “reforça a família como a principal provedora de bem-estar, o que se dá pela escassez de serviços e benefícios, pelo seu caráter seletivo e focalizado, pelas condicionalidades que enfatizam os cuidados no âmbito doméstico, numa reafirmação dos papéis tradicionais que sobrecarregam as mulheres”. (TEIXEIRA, 2015, p. 219).

A gente trabalha assim no limite, né, dependendo assim de doações, assim a gente não poderia depender disso somente (T1).

Percebe-se que a falta de recursos é um entrave que repercute na escassez de profissionais para dar conta da demanda, na estrutura física precária, nas dificuldades de acesso a material e na impossibilidade de oferta de oficinas e de atividades terapêuticas diferenciadas. Conforme Luzio e L’Abbate (2009), em pesquisa realizada nos municípios de

Cândido Motta e de Assis, no Estado de São Paulo, a alternância de poder fragiliza e vulnerabiliza os serviços a cada nova gestão. Além disso, falta comprometimento dos gestores públicos municipais na implantação da política pública de saúde e na solicitação de recursos financeiros, em especial no que concerne à saúde mental.

Diante desse quadro, é necessário que diversos segmentos sociais, como conselhos, movimentos sociais e comissões de reforma psiquiátrica, retomem e ampliem as ações de “acompanhamento, orientação e fiscalização da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços nos municípios, em especial os de pequeno e médio portes, além de contribuírem para o fortalecimento da participação popular e do controle social” (LUZIO; L’ABBATE, 2009, p. 113). Contudo, o contexto observado no Caps é de fragilização das formas de controle e da participação da família, dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental, como também da precarização das condições objetivas para condução do serviço e a promoção do protagonismo da família. Entretanto, esse serviço também possui potencialidades, como a busca por conhecimento em um esforço de relacionar teoria e prática, além de se constituir em uma boa referência para as famílias no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Diante das condições objetivas expressas nesse Caps, são perceptíveis avanços teórico-práticos no acúmulo de experiências na formação e educação permanente dos profissionais. Entretanto, os desafios ainda são muitos, como o desmonte financeiro, a pobre infraestrutura, a precarização do trabalho e o enfrentamento de algumas dificuldades na gestão pública. Nessas condições, o Caps propõe-se a ofertar para o sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares atendimentos individuais, terapias de grupo, grupos de atividade e visitas domiciliares.

Em relação à família, o atendimento é realizado prioritariamente pela área de Serviço Social, todavia os demais profissionais também podem se envolver. Além disso, são realizadas reuniões mensais com os familiares, das quais participam os profissionais de Serviço Social e de Psicologia. Para Rosa (2005), historicamente foi atribuído ao Serviço Social o atendimento à família nos serviços psiquiátricos e, em alguns

Caps, esse entendimento prevalece até hoje, apesar de a abordagem da família ser encargo de todos os profissionais do serviço.

Quanto às atividades que são propiciadas pelo Caps, percebe-se que cinco das famílias entrevistadas identificaram a reunião de familiares como atividade específica para a família, mesmo que nem todos frequentem esse espaço assiduamente. Quatro dessas famílias, que estão inseridas nos regimes semi-intensivo e intensivo, também reconhecem outras formas de atendimento como orientação para a família, atendimento individual, festa de final de ano, entre outros, como atividades para os familiares.

No começo eu ia mais, eu ia todo mês que tem aquela reunião mensal da família, eu ia toda, todas as reuniões. E agora eu vou mais quando ela tem, quando ela tá em crise.

D: E que atividades que o Caps oferece pra família?

LF: Pra família? Ah eu só conheço a parte daquela reunião familiar que tinha né, eu sei mais pros pacientes mesmo.

D: Você já participou de alguma atividade? Por exemplo: atendimento, visita domiciliar?

LF: Não, eu fui só na triagem e uma vez eu fui na festinha. Tinha uma festinha de final de ano daí eu fui com ela, mas foi só (F4).

Olha é muito difícil eu ir pra lá, falar a verdade, é muito difícil eu ir ali no Caps sabe. Tem a reunião de família, mas sabe eu eh agora que eu tô livre de cuidar de neto (F7).

Vale ressaltar que alguns familiares que frequentam a Associação identificam a criação dessa sociedade como uma atividade do Caps ofertada para as famílias e não como um espaço construído pelos familiares em parceria com o Caps, com autonomia em relação ao serviço. Além disso, as famílias que frequentam o Centro no regime não intensivo tiveram dificuldades para identificar as atividades direcionadas à família, pois, de modo geral, frequentam o serviço apenas para consulta médica.

D: A senhora sabe se tem lá alguma atividade que é pra família? Alguém já lhe convidou pra participar de alguma atividade?

LF: Eu sei que tem o artesanato, essas coisas pros pacientes. Agora, pros familiares, eu acho que não tem nada não (F2).

Portanto, coloca-se a interrogação se os esforços do serviço em divulgar a reunião de família estão alcançando os resultados esperados, especialmente com as famílias que fazem parte do regime não intensivo e que são a maioria dos usuários da instituição. De acordo com Rosa (2005), todos os serviços assistenciais em psiquiatria devem ter alguma abordagem que englobe o atendimento à família; de modo geral, esse atendimento envolve o familiar-cuidador em orientações individuais ou grupais, como as reuniões semanais de familiares. As reuniões constituem um espaço importante para o cuidador, pois esse é o momento para tirar suas dúvidas e de dialogar com os profissionais do serviço. Segundo essa autora (2005, p. 211):

Geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) afirma que, para que o protagonismo dos atores envolvidos com a Política Nacional de Saúde Mental seja fortalecido, os serviços devem garantir a democratização da gestão do trabalho em saúde mental; valorizar o saber popular, agregando conhecimentos ao tratamento dos usuários; realizar palestras, eventos, oficinas e encontros com a comunidade e com a família, informando e orientando esses sujeitos; trabalhar com a família para o fortalecimento dos vínculos familiares; envolver as famílias na construção de projetos terapêuticos; promover a participação dos usuários como facilitadores de cursos e oficinas; discutir os casos clínicos de forma interdisciplinar; e garantir a participação do médico em atividades além da consulta (BRASIL, 2010). Todavia, o que se observa no Caps pesquisado é que, apesar dos esforços da equipe, suas estratégias não têm atingido as famílias de modo mais

amplo, como previsto pela IV CNSM, ficando restritas aos participantes da reunião de familiares, a um primeiro atendimento com identificação da demanda e do encaminhamento ou aos casos em que se demanda acompanhamento mais sistemático com visitas domiciliares e atendimento individual. Assim, a equipe espera que a política lhe dê maiores condições para atuar com essas famílias. Afinal, o que foi observado é a dificuldade em trabalhar especialmente com as famílias do regime não intensivo diante do número de usuários atendidos e da quantidade de profissionais.

Tem que se pensar uma política mais adequada, mais adequada para a família, para os familiares, trazê-los, estarem mais próximos (T2).

A proposta do serviço é uma proposta legal, é cumprido eu acho que prevê tudo isso, mas não a gente não dá conta no cotidiano de cumprir realmente, não hoje com o quadro de funcionários que a gente tem né (T1).

Conforme Teixeira (2015), as políticas sociais que atuam com as famílias devem ser desfamiliarizantes ou familiares ativas. Esse movimento representa a desresponsabilização quase que exclusiva do grupo familiar, amparando e mobilizando a sua capacidade de ser um sujeito ativo diante da vulnerabilidade que os afeta por meio do uso dos mecanismos sociopolíticos disponíveis. Todavia, o que se observa na fala dos trabalhadores da saúde mental é que os recursos para mobilizar esse protagonismo são escassos. Nesse contexto, as famílias que têm atendimento mais sistemático e continuado, buscando o serviço com maior constância (como é o caso das famílias em regimes semi-intensivo e intensivo), se sentem seguras e orientadas em relação ao acompanhamento e atendimento de seu familiar.

Eu gosto muito assim, eu me sinto mais segura sabe. Porque eu sei que ela está indo lá, aí eu sei que qualquer probleminha eu posso ligar e falar com a P (F3).

Entretanto, as famílias do regime não intensivo, que têm vínculo mais frágil com o serviço, frequentando-o poucas vezes no mês, sentem-se desamparadas em relação à proteção social do sujeito em sofrimento psíquico.

D: E como que é a relação da senhora, da família toda com o Caps?

LF: Relação minha é só a consulta e vir pra casa.

D: Eles orientam a senhora sobre o processo da doença, esclarecem?

LF: Não, nada (F2).

Apesar das dificuldades enfrentadas – tanto pelas famílias quanto pelo Caps – para a proteção do sujeito em sofrimento psíquico e envolvimento e amparo dessas famílias no serviço, os familiares, em sua maioria, mostram-se satisfeitos diante das atividades e das funções que o Caps desempenha, com exceção de uma das famílias entrevistadas.

Eu acho que é muito bom pra eles né, porque se não fosse é, que ali eles ajudam bastante (F7).

Tudo sobra pra mim, não tem apoio de ninguém não (F2).

Kantorski et al. (2009), ao avaliarem a satisfação dos usuários e familiares dos Caps do Sul do Brasil, constataram que eles se referem ao alto grau de satisfação em relação aos serviços ofertados, como “do fortalecimento da autonomia do usuário, da diminuição das crises (em frequência e extensão), da possibilidade de convivência, da socialização e do enriquecimento do cotidiano que vai além do transtorno” (KANTORSKI et al., 2009, p. 33). Os pesquisados apontaram ainda atendimento qualitativamente melhor que os dos demais serviços ofertados pelo Serviço Único de Saúde (SUS).

Quanto à reunião de familiares, observou-se que muitos a associam a um momento em que a família é informante da condição do sujeito em sofrimento psíquico, propiciando melhor condução do tratamento desse sujeito pelo serviço. Apesar de a família surgir como informante, suas funções, com as mudanças na Política de Saúde Mental, foram ampliadas dentro dos serviços, como pôde ser observado nas reuniões do Caps.

Aí (na reunião de familiares) se discute o problema, né. Pergunta como é que tá a paciente, né, e o andamento do próprio Caps, e os trabalhos da associação, enfim, tudo se esclarece ali junto, né (F3).

A função familiar vem tomando novas conotações, pois os familiares também percebem o momento da reunião como um espaço de troca, de apoio para suas questões, e, principalmente, o local onde eles podem se identificar com a situação das outras famílias, acalendo-se com o fato de seu “caso nem ser tão grave, comparado com as outras famílias” (F5). De acordo com Braz (2013), as famílias buscam os grupos de suporte para conversar sobre as mazelas que as afligem, para dividir com os demais familiares seus problemas, para buscar uma orientação, por curiosidade sobre o que se faz nesses encontros ou por indicação de profissionais; mas, independente do motivo de procura, o que há em comum com esses familiares é a busca por “dias melhores”. Para tanto, é fundamental que esses grupos tenham um clima acolhedor e despertem confiança, fatores que atuam para manutenção desse espaço.

Em uma das observações, os familiares presentes na reunião questionaram-se por que a maioria das famílias do Caps não participa do encontro, informando que já tentaram ligar convidando, enviar bilhete, fazer convite na recepção e, mesmo assim, as famílias não estavam presentes. É necessário analisar o contexto dessas famílias e suas condições para participação, como: vinculação ao trabalho, horário de funcionamento do serviço e disponibilidade para envolver-se, além do cuidado cotidiano para com o familiar adoecido, deveras desgastante em boa parte das vezes.

Portanto, perante as dificuldades que o serviço enfrenta para um atendimento mais integral à família, pontua-se que esta ainda se encontra, de modo geral, em uma posição mais passiva do que protagonista, mesmo nos poucos espaços que a ela são destinados. Fato esse que se coaduna com a afirmativa de Rosa (2005, p. 211) de que “a abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e corresponsável para o cuidado, está em processo de construção”. Entretanto, são inegáveis os impactos positivos da condição da família como usuária do serviço, conforme os vários relatos de satisfação, de sentimento de acolhida e de orientação que as famílias mais presentes no cotidiano do serviço trazem.

Esse processo coloca em discussão o movimento das políticas sociais de (re)valorização da família e de esgotamento da opção quase única pelo indivíduo, conforme apontado por Carvalho (2008). Isso porque o que se observa na realidade pesquisada é que, apesar de a política e de os trabalhadores entrevistados trazerem a família como usuária e elemento central para reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, as ações do Caps estão mais focadas no paciente com transtorno do que no coletivo, seja a família, seja a comunidade. Isso até mesmo pelos limites objetivos enfrentados pela instituição, em especial para as famílias do regime não intensivo que evidenciaram inserção no serviço, de modo geral, para acompanhamento das consultas médicas e acesso à medicação. Tal situação reforça o modelo biomédico de atenção psicossocial, o sentimento de desamparo e de busca no hospital psiquiátrico como recurso possível para atendimento do sujeito em sofrimento psíquico na Política Nacional de Saúde Mental. Também coloca em questão a dificuldade de os serviços, muitas vezes, romperem com a lógica ambulatorial e se articularem efetivamente com a rede para atenção dessas famílias.

Os esforços expressos nas ações ofertadas pelo Caps, diante das condições objetivas do serviço, estão direcionados majoritariamente para o atendimento do paciente com transtorno mental. Diante desse quadro, as famílias, ao serem questionadas sobre quais atividades o Caps oferta para o sujeito em sofrimento psíquico, conseguem identificar várias ações nas quais seu familiar está inserido.

No caso da minha esposa ela participa, ela ganha consultas médicas e também depois ela ganha medicamento. Tem curso que eles fazem tipo sabonete né. Eh, mas é umas pinturas também, eh ganha acupuntura que eles fazem e não cobram nada também né, eh passe livre que daí o município favorece as pessoas que vão lá né e toda a orientação que precisa né no caso, eh se tu tem dúvida a respeito do problema que a pessoa tá se tratando eles acompanham tudo né (F3).

De acordo com Rosa e Melo (2009), o processo de reabilitação psicossocial envolve mais do que o apaziguamento dos sintomas, mas compreende ações que envolvem lazer, acesso ao trabalho e renda, condições de moradia, reinserção social, entre outros. Além disso,

a IV Conferência Nacional de Saúde Mental traz, de modo geral, como função do Caps para com as famílias, o acesso à informação e à capacitação; o atendimento; o suporte familiar; e a participação em oficinas, assembleias e reuniões, ou seja, ações que fortalecem a autonomia desses familiares para o protagonismo no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Percebeu-se ao longo da pesquisa que, apesar de os entrevistados identificarem outras formas de atendimento familiar, como visitas domiciliares, atendimento individual, orientações, entre outros, o principal espaço de suporte familiar são as reuniões de família, que contam com pouca participação.

Considerações finais

A família, como lugar privilegiado de proteção social, passa cada vez mais a ser tomada como “parceira” do Estado e foco das políticas sociais. Apesar de a família exercer sua função protetiva, ela não pode ser um substituto do Estado e nem eximi-lo de suas responsabilidades, o que exige comprometimento com essas políticas e relação cada vez mais escassa perante a minimização das funções estatais.

Nesse cenário, as possibilidades de o Caps pesquisado atuar de forma mais intensiva, propiciando espaços para que as famílias possam exercer seu protagonismo, são restritas diante das condições objetivas do serviço. Identificou-se que, nesse Caps, as atividades oferecidas estão, em sua grande maioria, destinadas ao sujeito em sofrimento psíquico, o que demonstra que, apesar de as políticas sociais apregoarem que a política deve estar voltada para o atendimento familiar, ela ainda atua com foco no individual. E a família é um espaço que facilita o acesso do indivíduo ao serviço, mas que ainda não consegue ser trabalhada em sua totalidade.

Perante essa situação, os trabalhadores do serviço esperam que a política lhes dê maiores condições para o atendimento familiar, o que também pressupõe o protagonismo e articulação desses trabalhadores em prol da efetivação dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica. Conclui-se, assim, que é necessária a construção de estratégias conjuntas, entre Caps e família, que deem conta de expandir os

espaços de atendimento familiar, ampliando a inserção desses sujeitos como usuários do serviço, que necessitam de apoio e de sustentação para o exercício do protagonismo e de sua função protetiva. Este caminho precisa ser construído coletivamente, pensando em estratégias que fortaleçam o serviço, ao mesmo tempo em que busca alternativas para envolver mais ativamente as famílias, inclusive em torno do seu protagonismo político e do fortalecimento de lutas para avanços na Política Nacional de Saúde Mental.

Artigo submetido em 29/06/2019

Aceito para publicação em 06/11/2019

Referências

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil nos anos de 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 61-78.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, PT: 70, 1977.

BATISTA, A. A. **Trabalho, questão social e serviço social**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL INTERSETORIAL, 4**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. **Diário da União**. seção 1, p. 46, 22/01/2018. Brasília.

BRAZ, R. M. A família e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 149-168.

CARVALHO, M. do C. B. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 2008, p. 93-108.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, L. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan.-abr./2009.

JUCA, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, fev./2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/12/2019.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º/06/2015.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 8-15, 2009. Supl. 1.

PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 25-42.

ROSA, L. C. dos S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez./2005.

ROSA, L. C. dos S.; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Serviço Social e Saúde**, v. 7-8, n. 7-8, p. 75-106, dez./2009.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

TEIXEIRA, S. M. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S.; CARLOTO, C. M. (Org.). **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao_atual_conjunt_sm_0511.pdf>. Acesso em: 14/10/2019.