

PERCEPÇÃO DE FAMILIARES QUANTO AO SEU PAPEL NO CUIDADO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE USUÁRIOS DE UM CAPS INFANTO JUVENIL

Danilo Jedson Vieira Ziwchak¹
Jackeline Lourenço Aristides²

ZIWCHAK, D. J. V.; ARISTIDES, J. L. Percepção de familiares quanto ao seu papel no cuidado à criança e ao adolescente usuários de um caps infanto juvenil. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 3, p. 181-187, set./dez. 2019.

RESUMO: A família é um grupo social de fundamental importância para o desenvolvimento humano. Ao se tratar de crianças e adolescentes com transtorno mental, a participação de seus familiares se torna ainda mais importante para o sucesso da terapêutica. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa que tem como objetivo entender a família e o papel do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS IJ) de Apucarana-PR no cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, na perspectiva dos próprios familiares. Os dados foram obtidos mediante entrevistas com 10 familiares. Após a análise do conteúdo, as informações foram organizadas em três categorias: Centralidade da família no processo de cuidado; Percepção da família sobre a responsabilidade do CAPS; e Real participação da família no cuidado e no tratamento intra CAPS. Os resultados revelam a dificuldade que os familiares têm em perceber o CAPS IJ como local de cuidado, bem como, identificar o papel da família no tratamento; a participação marcante da mãe/mulher no cuidado; o papel afetivo, emocional e de suporte da família; e a importância do diálogo entre os profissionais do CAPS IJ e os familiares como forma de inserção da família no cuidado no CAPS. Conclui-se que, apesar das famílias terem participação essencial no cuidado terapêutico, muitos familiares ainda desconhecem qual o seu real papel no cuidado e tratamento do indivíduo com transtorno mental, além de terem dificuldade de perceber a posição do CAPS neste processo. O diálogo mais constante dos profissionais com as famílias, bem como o alinhamento junto às famílias do que é o serviço e seus atributos são apontados como alternativas de qualificação do cuidado dessas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente. Centros de Atenção Psicossocial. Criança. Família. Saúde Mental.

PERCEPTION OF FAMILY MEMBERS REGARDING THEIR ROLE IN CARING FOR THE CHILD AND ADOLESCENT USERS OF A CAPS FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT: The family is an essential social group for human development. When dealing with children and adolescents with mental disorders, the participation of their relatives is even more important for the success of the therapy. This is an exploratory qualitative study that aims at understanding the family and the role of the Psychosocial Care Center for Children and Adolescents (CAPS IJ) in the city of Apucarana-PR regarding the care to children and adolescents in mental distress, from the point of view of the family members. The data was obtained from interviews with 10 family members. After analyzing the content, the information was organized into three categories: Centrality of the family in the caring process; Perception of the family about the responsibility of the CAPS; and Actual family participation in intra CAPS care and treatment. The results reveal the difficulty that family members have in perceiving CAPS IJ as a place of care, as well as identifying the role of the family in the courses of treatment; the significant participation of the mother/woman in the care; the affective, emotional and supportive role of the family; and the importance of dialogue between the CAPS professionals and the family members as a way of inserting the family in CAPS care. In conclusion, although families have an essential participation in therapeutic care, many relatives are still unaware of their actual role in the care and treatment of the individual with mental disorder, besides having difficulty understanding the CAPS position in this process. A more constant dialogue between professionals and families, as well as the alignment of families with the service and its attributes are pointed out as alternatives to qualify the care of these children and adolescents in psychological distress.

KEYWORDS: Family. Child. Adolescent. Mental Health. Psychosocial Care Centers.

Introdução

Por muito tempo a complexidade da mente de crianças e adolescentes foi ignorada. Apenas recentemente entendemos que os diversos fatores que podem afetar nosso físico, também podem ser responsáveis por danos a nossa saúde mental que, se tratando especialmente de crianças e adolescentes, serão carregados até a vida adulta (WHO, 2005). Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2005), uma boa saúde mental durante a infância garante não apenas um desenvolvimento psicológico de qualidade, mas também produtivas relações sociais, aprendizagem adequada, autonomia e efetiva participação na economia durante a vida adulta.

Ao se tratar do cuidado de crianças e adolescentes – indivíduos que se encontram em pleno desenvolvimento

físico e psíquico – com transtorno mental, a participação de seus familiares se torna ainda mais importante para o sucesso da terapêutica.

A família é um grupo social de fundamental importância para o desenvolvimento humano. O ambiente familiar é o local onde a criança deve ser nutrida, cuidada, ensinada e protegida, dentre outras inúmeras funções e atribuições relacionadas à família e seus membros (MOREÍ; KRENKEL, 2014). Todo indivíduo é vinculado a um grupo familiar, independente da quantidade de elementos desse grupo que o sujeito se relaciona, e do vínculo relacional, afetivo ou parental, que se apresente entre os elementos (PORTUGAL, 2016; MALUF, 2010). Ao longo do processo histórico da humanidade, o conceito de família, bem como sua organização e função, sofreu diversas alterações segundo o contexto

DOI: 10.25110/arqsaude.v23i3.2019.6759

¹Enfermeiro. Especialista em Saúde Mental. Email: daniloziw@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Saúde Mental e em Saúde da Família. Professora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Email: jackeline.aristides@gmail.com

cultural, religioso, político e/ou econômico vivenciado em cada época (MORÉ; KRENKEL, 2014).

O conceito de família limitado ao casamento, à união estável e a monoparentalidade, como é apresentado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2017a) e em vigência legal até os dias atuais, tem levantado questionamentos, ao se considerar recentes estudos das mais variadas áreas e a diversidade das atuais configurações familiares. Para Moré e Krenkel (2014) “qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como família”. Se no passado a família nuclear (composta por pai, mãe e filhos) era vista como única opção, hoje este retrato tem mudado. O Censo do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012) apresenta significativa alteração nos tipos de famílias quando comparados ao mesmo estudo estatístico realizado no ano de 2000. Um exemplo dessa mudança é o aumento do percentual de famílias compostas apenas por um casal. Neste período de dez anos, inversamente proporcional à redução do número de famílias compostas de casal com filhos, o percentual de casais sem filhos (com ou sem parentes) passou de 14,9% para 20,2% do total de famílias e, observa-se ainda, um crescimento expressivo de unidades unipessoais, ou seja, pessoas que vivem sozinhas. A publicação sugere como causa destas mudanças na estrutura familiar a presença mais intensa da mulher no mercado de trabalho, as baixas taxas de fecundidade e o envelhecimento da população (IBGE, 2012).

No que diz respeito à saúde mental, a família teve seu papel influenciado pelas diferentes percepções de transtorno mental adotadas na história, desde sua conotação mística a científica (SANTOS *et al.*, 2016). Ainda segundo Santos *et al.* (2016), o advento da psiquiatria como campo médico durante o século XVIII caracterizou a loucura como doença mental, permitindo assim uma possibilidade de tratamento, porém o modelo biomédico e hospitalocêntrico empregado até o fim do século passado excluía a família do cuidado. Como consequência da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada ainda na década de 70, as instituições geralmente restritivas e opressoras passam a dar lugar a serviços comunitários de atenção psicossocial. Com a chegada dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), anteriormente nomeados de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), regulamentados oficialmente pela Portaria MS/SAS 224/92, a família e a sociedade passaram a ser exigidas como participantes do cuidado a pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2004a).

A família deve ser interpretada como instituição social imprescindível para a efetividade da atenção em saúde mental, entende-se, como ator social que mais tempo se ocupa com o usuário, tem muito a contribuir e receber em uma troca de informações e conhecimentos que agregam qualidade ao cuidado do usuário (BORBA *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2016).

A literatura e os estudos deixam claro o valor terapêutico da participação da família no cuidado da criança e do adolescente em sofrimento psíquico. Porém, pouco se discute a respeito da percepção dos próprios familiares quanto ao seu papel no cuidado. Com isso, fica evidente a importância da abordagem aos familiares que possuem tamanha significância no cuidado em saúde mental. Pretende-se com os resultados deste estudo promover discussões sobre

as formas de participação dos familiares nos CAPS voltados ao atendimento de crianças e adolescentes e oferecer informações que venham a aprimorar o cuidado das famílias aos indivíduos em sofrimento psíquico. Diante disso, propõe-se como pergunta de pesquisa: *os familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS IJ) percebem outras formas de cuidado além do que é oferecido pela família? De que forma os familiares estão participando atualmente no cuidado em saúde mental? Quais os fatores que influenciam negativa e positivamente na participação dos familiares no cuidado?*

O estudo teve como objetivo entender a família e o papel do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPS IJ) de Apucarana-PR no cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico, na perspectiva dos próprios familiares.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Optamos por entrevistas individuais semiestruturadas que ocorreram com familiares de crianças e adolescentes usuários do CAPS IJ da cidade de Apucarana-PR.

O CAPS IJ de Apucarana é referência para todo o município. Segundo estimativa do IBGE para 2018, a cidade tem aproximadamente 133.726 habitantes (IPARDES, 2019). Assiste crianças e adolescentes em sofrimento psíquico moderado à grave, bem como uso prejudicial de álcool e outras drogas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas sem a identificação dos participantes. Após a transcrição, os áudios das entrevistas foram descartados. Foram entrevistados familiares de usuários recém-inseridos no serviço, familiares de usuários em processo de alta/desligamento do CAPS e familiares que estavam participando do grupo de família.

A entrevista foi realizada mediante o aceite do entrevistado e após a explicação do objetivo da pesquisa. Os critérios para inclusão foram: ser familiar (independente de consanguinidade) de usuário (s) do serviço de saúde mental, declarar-se responsável pelo cuidado do usuário e concordar participar voluntariamente do estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os familiares que não eram responsáveis pelo cuidado do usuário ou se recusaram a participar do estudo.

Participaram do estudo 10 familiares de usuários do CAPS IJ. A seleção dos participantes ocorreu da seguinte maneira: primeiramente foi realizada reunião com os profissionais do serviço para identificação dos familiares que condiziam com os critérios preestabelecidos, totalizando 22 possíveis entrevistados. Posteriormente, efetuada seleção aleatória dos indivíduos e realizado contato telefônico para agendamento das entrevistas. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço de saúde mental, em ambiente reservado que garantisse o sigilo das informações e com duração aproximada de 10 minutos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e dezembro de 2017.

As Entrevistas Estruturadas são aquelas em que as questões são direcionadas e previamente estabelecidas, com determinada articulação interna. Com questões bem

diretivas, obtém, do universo de sujeitos, respostas também mais facilmente categorizáveis, sendo assim muito útil para o desenvolvimento de levantamentos sociais (SEVERINO, 2016).

As entrevistas eram iniciadas com tópicos de caracterização sociodemográfica dos participantes, seguido das seguintes questões: (1) Em sua opinião, quem são os responsáveis pelo cuidado do seu familiar? (1.1) E quem são os responsáveis pelo tratamento do seu familiar? (2) Qual o papel da família no tratamento/cuidado da criança/adolescente? (3) Você se sente inserido (a) pelo CAPS no tratamento/cuidado de seu familiar? (3.1) Se sim, de que forma você participa? (4) De que forma você acha que poderia participar do tratamento/cuidado do seu familiar?

Utilizou-se para a análise do conteúdo a perspectiva de Bardin (2010), que sugere as seguintes etapas de condução: organização da análise; codificação; categorização; e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. Como exemplos deste processo de análise do conteúdo, podemos citar: transcrição das falas dos entrevistados, leitura exaustiva do material para se criar familiaridade, seleção do material que será realmente utilizado, codificação do material atribuindo-lhe uma letra e um número para cada entrevista (Ex.: E1), criação de tabela para delimitar cada entrevista, tratamento das informações, recorte de frases, criação de Unidades de Registro através da contagem frequencial das principais ideias e criação das categorias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Apucarana – FAP sob o número de parecer 1.992.123 e CAAEn° 62025616.8.0000.5216 e teve posicionamento favorável da diretoria-presidência da Autarquia Municipal de Saúde – AMS de Apucarana.

Resultados e Discussão

Em relação à caracterização sociodemográfica dos participantes, a idade dos familiares variou entre 23 a 58 anos, com uma média de 40,9 anos. Quanto à escolaridade, 1 afirmou ter concluído o ensino superior, 4 disseram ter completado o ensino médio, 1 parou os estudos ao término do ensino fundamental e 4 não chegaram a concluir este nível de ensino. A maioria – 7 indivíduos no total – declarou ter renda familiar de 1 a 2 salários mínimos⁴. Quanto à relação familiar dos participantes com os usuários do serviço, o número de mães prevaleceu, sendo 8 no total. Entre os dois homens participantes do estudo, um relatou ser pai e o outro padrasto de usuários.

Os resultados da pesquisa foram agrupados sob três categorias: *Centralidade da família no processo de cuidado*; *Percepção da família sobre a responsabilidade do CAPS*; e *Real participação da família no cuidado e no tratamento intra CAPS*.

Centralidade da família no processo de cuidado

Foi evidente nas entrevistas a dificuldade dos fami-

liares em reconhecerem o papel do CAPS no cuidado, convertendo esta ação quase que exclusivamente à família:

“Cuidado seria a gente? E tratamento seria vocês?”. (E1)

O “cuidado” é inerente à própria existência humana, podendo o “tratar” ser entendido apenas como uma etapa do complexo processo de cuidar. Borges e Silva (2010) esclarecem que enquanto o cuidado pode ser percebido durante a vida cotidiana, o tratamento só se torna necessário frente a processos patológicos. Com isso, podemos pensar o CAPS como um local que vai além da demanda por tratamento, mas também como um serviço responsável, entre outras coisas, pela promoção da saúde e educação em saúde mental.

Existe polissemia de discursos sobre os cuidados em saúde e que é preciso desnaturalizá-los enquanto discurso único, considerando sua referência a contextos locais (BUS-TAMANTE *et al.*, 2014, p. 677).

Apesar de, na atualidade, a própria legislação trazer a ideia de cuidado compartilhado entre Estado, família e sociedade (BRASIL, 2017b), historicamente, a família sempre foi a responsável por este zelo à criança e ao adolescente. Na saúde, o modelo biomédico de assistência, que dominou boa parte da história da saúde no Brasil, tomou o caminho inverso e se apossou inteiramente do cuidado terapêutico impedindo a participação da família neste processo. Muitas famílias ainda compartilham deste pensamento e, portanto, possuem dificuldade de visualizar os CAPS como local capaz de oferecer uma forma de cuidado que vai além do tratamento medicamentoso. Reconhecer a relevância da participação da família no cuidado em saúde é uma estratégia importante que deve ser adotada pelos serviços de saúde mental para que se diferencie sua terapêutica da ultrapassada ideologia hospitalocêntrica onde o familiar se desresponsabiliza completamente do seu papel na terapêutica de seu ente.

Ainda, para os entrevistados, a família tem papel de responsabilidade para com o indivíduo em sofrimento psíquico e se veem como um apoio para estes. E destacam a importância do comportamento afetivo e do diálogo com seus familiares acometidos por transtorno mental:

A família é primordial. Eu acho que não adianta nada você ter uma [...] ajuda muito boa no CAPS se na sua casa você não mudar em nada. Na questão de conversa, questão de saber que tem uma pessoa ali que você pode se apoiar. O papel da família é primordial. (E3)

A família é essencial, é a parte mais importante na ajuda do tratamento, da melhora do paciente. (E4)

[O papel] é o cuidado, é atenção, é o amor, é o chamar a atenção... (E5)

Tem que ter união, diálogo, é sentar todo mundo e explicar como foi seu dia. (E7)

O valor da família no suporte ao desenvolvimento do indivíduo foi incontestável entre os entrevistados. Todos os sujeitos da pesquisa concordaram, mesmo que de formas diferentes, que a família tem papel importante na vida da

⁴Considerado o valor do salário mínimo nacional do ano de 2017 vide decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016) e agrupados conforme metodologia utilizada no último Censo Demográfico (IBGE, 2012): sem rendimentos, ½ - 1 salário mínimo, 1 - 2 salários mínimos, 2 - 3 salários mínimos, 3 - 5 salários mínimos e mais de 5 salários mínimos.

criança e do adolescente. Com isso, é importante destacar que a família deve sim ser utilizada como ferramenta de apoio ao tratamento, mas é necessário considerar que cada núcleo familiar é único e que nem toda família saberá lidar com seu familiar adoecido de forma assertiva. Covelo e Badaró-Moreira (2015) salientam em seu estudo o risco de internação/reinternação que o indivíduo em sofrimento psíquico corre caso este seja realocado em uma família despreparada para o cuidado em saúde mental.

Outro aspecto pontuado pelos entrevistados como algo importante que se ocorra entre o adulto e a criança ou adolescente em sofrimento psíquico é o diálogo familiar. Como destacado por Coelho, Veloso e Barros (2017), os próprios usuários de serviço de saúde mental valorizam esta prática do “conversar” como forma de lidar com os problemas sem que a situação gere novos conflitos. Ressaltamos a importância da família não terceirizar ações que devem ocorrer dentro do ambiente familiar. A conversa é uma prática frequente usada pelos profissionais da saúde mental, isso pode gerar a sensação na família de que o diálogo pode se restringir apenas ao ambiente do CAPS. Uma boa comunicação familiar é uma atividade que os profissionais devem estimular constantemente para que ocorra no contexto domiciliar de seus usuários.

Como último achado relevante desta categoria, quase todos os discursos destacaram a participação muito mais ativa da mulher/mãe no cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico do que de outros membros da família:

O cuidado fica pra minha mulher [...] Quando eu estou em casa eu ajudo a cuidar também. (E2)

Mais eu [que sou responsável] [...] Porque meu marido quase não fica em casa. (E9)

Apesar de estudos sugerirem diminuição da desigualdade de gênero nas últimas décadas, é sabida a discrepância das responsabilidades impostas socioculturalmente para homens e mulheres em seus domicílios, por exemplo, quando observado o tempo gasto em afazeres domésticos e no cuidado com crianças (NEVES; CABRAL, 2008; RAMOS, 2009).

Com relação ao cuidado dos filhos, Badinter (1985) questiona o senso coletivo de a mãe ser a responsável por zelar pelos filhos pela “tendência inata” da mulher de ser cuidadora, a autora contesta a legitimidade da ideia de instinto materno. Para essa autora, o amor materno “é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos” (BADINTER, 1985, p. 13). É inquestionável a importância do cuidado familiar no desenvolvimento físico e psíquico da criança e do adolescente, porém a reflexão trazida por Badinter deixa clara a necessidade de repensarmos enquanto sociedade os papéis dos atores envolvidos nesta ação, responsabilizando igualmente os pais, independente de gênero, pela atenção dedicada aos seus filhos.

Percepção da família sobre a responsabilidade do CAPS

Se por um lado os familiares tiveram dificuldades em visualizar o CAPS como local de cuidado, por outro, re-

lacionaram quase que exclusivamente o serviço e seus profissionais como incumbidos pelo tratamento de seus filhos:

“É o CAPS, não tem outro lugar”. (E2)

“O CAPS. A psicóloga... a psiquiatra, que tá dando remédio pra ele”. (E7)

“Eles [profissionais do CAPS] que são responsáveis pelo tratamento”. (E9)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e tem como finalidade trazida em seu 1º art.: “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2013).

Nesta rede, o CAPS é considerado um serviço especializado nesse modelo de atenção e, por isso, deve se ter cautela para que não seja interpretado como o único local responsável por esta forma de cuidado. Frequentemente observam-se os serviços componentes da rede terceirizando a assistência e encaminhando equivocadamente seus usuários para que os CAPS realizem estes atendimentos. Isso pode gerar uma falsa sensação na população de que os demais serviços não são responsáveis por este cuidado.

O CAPS IJ realiza atendimento no formato “portas abertas”, o que significa que além dos encaminhamentos de outros serviços, os usuários podem procurar diretamente o CAPS em busca de atendimento. O que percebe-se constantemente é que, por ter essa ideia distorcida de que apenas o CAPS realiza o cuidado em saúde mental, os usuários acabam desconsiderando a procura pela Atenção Básica, que deveria ser o primeiro dispositivo a ser acessado, já que muitos casos acabam se resolvendo ali mesmo sem a necessidade de procura pelo serviço especializado.

A centralidade do cuidado em saúde mental nos serviços especializados está intimamente relacionada com a fragilidade da rede de Atenção Básica e tenuidade da articulação entre os serviços de saúde (ABRASME, 2017).

Um propósito do cuidado no CAPS deve ser auxiliar os usuários a se (re) inserirem na comunidade, encontrar essas barreiras em meio social pode ser visto como um dificultador para o desligamento do usuário com o serviço e encaminhamento para acompanhamento em seu território. Contudo, a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser de vasta contribuição ao cuidado, de forma que se possam ser traçadas metas para um desligamento sadio do usuário.

Real participação da família no cuidado e no tratamento intra CAPS

Metade dos entrevistados referiu que se sentem inseridos pelo CAPS no tratamento e cuidado de seus familiares:

“Sim, com certeza. Até porque eu não tinha conhecimento, então eu acho que mais do que uma ajuda pro meu filho, foi uma ajuda pra mim.” (E3)

A principal forma de participação apontada por estes, foi através do diálogo com os profissionais do CAPS II:

Quando eu percebia que eu precisava resolver alguma coisa eu sempre ligava, às vezes eu não conseguia falar, mas de uma forma ou de outra alguém sempre dava um retorno. (E4)

Eu conversei com elas, com a médica, com a psicóloga, tudo separada dele e depois com ele. Daí tudo o que acontece, se acontece alguma coisa entre o tempo da consulta, eu conversei com elas [...] e elas orientam, comigo sozinha ou junto com ele. (E9)

Além de ser destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) como recurso terapêutico e uma das atribuições dos CAPS, o atendimento familiar de qualidade é apontado em pesquisa (THIENGO *et al.*, 2015) como importante influenciador da satisfação dos familiares com o serviço. O CAPS e seus profissionais devem se mostrar sempre receptivos aos familiares que os procuram buscando suporte em momentos de necessidades. Somente dessa forma a família poderá ser incluída no cuidado do indivíduo com transtorno mental e ter voz ativa na tomada de decisões.

Martins e Guanaes-Lorenzi (2017) destacam em seu estudo sobre a ansia da família em entender sobre a psicopatologia que acomete seu familiar, bem como aprender a lidar com determinadas situações advindas da doença. Em seu estudo, a facilidade que os familiares encontraram em conversar com profissionais qualificados sobre a doença mental que acomete seu familiar gerou um sentimento de segurança, e ainda, tornou o serviço de saúde um local de referência para obter conhecimento e recurso técnico para saber lidar com eventos relacionados à psicopatologia.

É importante que os familiares conheçam os diagnósticos de seus familiares, entretanto, o apoio do CAPS junto às famílias deve ir além e produzir um cuidado que leve em consideração às potencialidades dos usuários, a necessidade da integralidade da assistência, a socialização, a recreação, o lúdico e a atitude afetiva, tanto por iniciativa própria do CAPS, quanto no incentivo ao envolvimento da família nesses momentos em casa e no território.

Além da necessidade de que os profissionais estejam a par das diferentes demandas que chegam ao serviço e de como lidar em cada situação, é importante que o cuidado seja corresponsabilizado por todos os membros da equipe. Em nosso estudo, foi perceptível a associação do cuidado no CAPS, exclusivamente, com os profissionais psicólogo e médico. Seja pela dificuldade dos demais profissionais – que muitas vezes nunca atuaram na área da saúde mental – em colocarem seus conhecimentos em prática, ou pela centralidade do saber do psicólogo e do psiquiatra por conta do histórico de lidarem durante a formação com esta população de demanda específica, é importante para uma terapêutica de qualidade que todos se responsabilizem e participem ativamente do cuidado, considerando sempre, evidentemente, as especificidades de cada área científica.

Outra forma de participação indicada pelos familiares foi por meio dos grupos de familiares que, neste serviço, acontecem semanalmente em período diurno e noturno:

Algumas vezes eu vim nas reuniões que tinham a

noite, só não foi possível continuar porque eu estou trabalhando até mais tarde. Mas aquelas reuniões [...] ajudaram bastante. (E1)

A princípio eu vinha já com a psicóloga, e depois tinham os grupos a noite, os grupos de família. É ali que você ouvia muitos casos. Porque eu acho que os pais, não só as crianças, eu acho que os pais também precisam desse cuidado porque a gente fica meio que perdido. (E3)

O grupo de família é um espaço reservado, para tirar dúvidas sobre o cuidado, falar sobre suas angústias e poder dizer sobre si mesmo. Os familiares valorizam o suporte mútuo que é fornecido nos grupos, ouvir outras histórias e saber sobre as aflições alheia os trazem sensação de “leveza” (DELGADO, 2014). Porém, Lima, Aguiar e Sousa (2015) apresentam em seu estudo a fala de profissionais de um CAPS que realiza o grupo de família e que relatam o problema da baixa adesão dos familiares nesta atividade. Os profissionais indicam alguns fatores que prejudicam a participação dos familiares nesta atividade:

A dificuldade de compreensão acerca do significado desses espaços de cuidado; o baixo nível de escolaridade da população usuária; a sobrecarga familiar; a fragilidade na sensibilização por parte da equipe; as breves discussões em equipe sobre a temática da família na ocasião das reuniões; o caráter individualista da sociedade atual; e os horários de trabalho dos familiares coincidentes com a rotina de funcionamento do serviço (LIMA; AGUIAR; SOUSA, 2015, p. 681).

Alguns participantes relataram não se sentirem ou sentirem-se apenas parcialmente inseridos no tratamento e cuidado de seu familiar. Eles indicaram que o principal motivo estava relacionado ao pouco tempo em que estavam inseridos no serviço:

Como faz pouco tempo que eu estou aqui eu ainda não sei exatamente. Que nem, ele passa pela [médica] e esse grupinho que ele faz em dia de quarta, então eu ainda não tenho conhecimento das atividades que tem aqui, mas eu vejo que eles têm um cuidado muito especial com a gente. (E8)

Algumas propostas para aumentar a participação da família no cuidado intra CAPS foram realizadas pelos entrevistados. A principal necessidade que os familiares apontaram foi a de haver mais momentos de conversas entre a equipe profissional e as famílias:

Eu acho que eu tinha que sentar com uma pessoa que entende mais disso e conversar o que posso fazer e o que eu não posso fazer. (E2)

Eu acho que me orientando, [...] me dando as orientações certas de como eu devo agir com ele, o que eu tenho que estar fazendo. (E6)

Acho que eles deveriam pelo menos uma vez por ano chamar e fazer uma reunião [...] [pra saber] o que a gente acha e o que pode ser trabalhado. (E10)

Outra sugestão foi a de que fossem elaborados momentos de interação dentro do CAPS entre a família e os usuários, como a criação de um grupo em conjunto:

Quase não tinha atividades que eu pudesse participar. Eu acho que eu poderia ter participado mais. Eu não sabia como era a terapia dela em grupo, [...] eu não sabia como funcionava. [...] eu nunca participei junto com ela, sempre separados. E eu acho que se eu tivesse esse contato com ela, e como outras mães pudessem ter um grupo juntos. Sabendo o que eles estão fazendo, criando alguma coisa, usando aquele momento ali, aquele tempo pra fazer um artesanato, uma coisa juntos; uma vez na semana pelo menos, ou uma vez no mês. (E4)

Como última proposta, foi sugerido que para aumentar a participação da família, o CAPS II deveria oferecer suporte psicossocial também para os familiares, indo além do perfil usual de atendimento do serviço que é de crianças e adolescentes:

Tratamento mesmo, pra quem aceita falar que precisa de um tratamento. Igual eu, [...] eu necessito, eu preciso. Mas, aqui é só pras crianças. Eu tento me policiar, me ajudar. Porque você vai procurar uma ajuda aqui, a ajuda é só lá [...] em Cambira, o CAPS pra adulto é fora daqui, então já dificulta bastante. (E5)

Como os CAPS são diferenciados por modalidades de atendimento (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I e CAPS AD), a assistência da família no mesmo serviço de saúde mental que as crianças e adolescentes é inviável por existirem outros serviços para atender esta necessidade. Portanto, é de suma importância que os profissionais do CAPS II estejam atentos a esta demanda para que, quando necessário, sejam realizados os devidos encaminhamentos para o atendimento dos familiares nos demais dispositivos da rede.

Considerações Finais

Os familiares apresentaram a dicotomia entre: cuidado *versus* tratamento, acreditando que o CAPS é um espaço unicamente voltado ao tratamento, retirando completamente o cuidado como atribuição do serviço. Isto ocorreu provavelmente por remeter este termo apenas ao cuidado familiar e desconhecer a existência do cuidado em saúde. Além disso, as famílias não reconhecem facilmente a sua atribuição frente ao tratamento, convertendo esta ação quase que exclusivamente ao CAPS, e associando o seu papel de família principalmente ao aspecto emocional e afetivo.

Ficou evidente também o quanto os familiares valorizam a assistência prestada a eles. Tendo sido o diálogo, individualmente ou em grupo, com as famílias o principal ponto lembrado por aqueles que relataram se sentirem inseridos no tratamento de seu familiar. E ainda, para aqueles que não se sentiam participantes no cuidado intra CAPS, esta ação foi destacada como a principal sugestão de melhoria do serviço.

Alguns familiares apresentaram esporadicamente certo equívoco ao se referirem sobre o CAPS ou ao seu papel

na atenção à saúde, como foi o caso de um participante que utilizou o termo “voluntários” se referindo aos profissionais do serviço. E ainda, destaca-se a indagação de uma mãe por atendimentos individuais continuados a sua filha, mostrando desconhecimento quanto aos atendimentos prestados pelo CAPS que devem concentrar-se nas atividades em grupos e, ocasionalmente, atendimentos individuais para intervenções em situações de crises e reabilitação psicossocial. Isso mostra a necessidade dos profissionais deste serviço dialogarem melhor com as famílias quanto ao papel do CAPS no cuidado em saúde mental.

A partir da reflexão trazida por este estudo, visto que, muitos familiares ainda desconhecem qual o seu real papel no cuidado e tratamento do indivíduo com transtorno mental, fica clara a importância dos profissionais do CAPS valorizarem a participação da família no cuidado e tratamento de seu familiar infantojuvenil. O diálogo com as famílias e a discussão com a sociedade sobre o papel do CAPS na saúde mental, são alternativas de qualificação do cuidado. O advento de novos estudos que visem abordar essas discussões é de extrema relevância para a saúde mental para que se possa acompanhar se os serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos estão alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando ambiente adequado e acolhedor aos usuários e seus familiares, cooperando assim para a transformação deste cenário em que a família não se sente pertencente ao cuidado e ao tratamento intra CAPS.

Referências

- ABRASME. **Desafios e potencialidades para prestação do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica**. In: 3º Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental, 2017, Florianópolis, RS, Anais (online). Disponível em: http://www.direitoshumanos2017.abrasme.org.br/resources/anais/8/1490972238_ARQUIVO_resumoMarci.pdf
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010. 223 p.
- BORBA, L. de O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 442-449, 2011.
- BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-829, set./out. 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 54. ed. São Paulo: Saraiva, 2017a.
- _____. Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 30 dez. 2016. Seção 1,

p. 12.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente** - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.23. ed. São Paulo: Saraiva, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. Brasília: MS, 2004a. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 21 maio 2013. Seção 1, p. 37.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: MS, 2004b. 86 p.

BUSTAMANTE, V.; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuição para uma teoria geral. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 673-692, 2014.

COELHO, R. S.; VELOSO, T. M. G.; BARROS, S. M. M. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 489-499, Jul. 2017.

COVELO, B. S. R.; BADARO-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1133-1144, dez. 2015.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, ago./out. 2014.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo Demográfico 2010: Famílias e domicílios – Resultados da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE. 2012. 203 p.

IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). **Caderno Estatístico – município de Apucarana**. Curitiba: IPARDES. 2019. 45 p.

LIMA, M. S.; AGUIAR, A. C. L.; SOUSA, M. M. Cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 20, n. 4, p. 675-686, out./dez. 2015.

MALUF, A. C. R. F. D. **Novas Modalidades de Família na Pós-modernidade**. 2010. 347 fls. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 32, n.

4,2016 .

MORÉ, C. L. O. O.; KRENKEL, S. (Org.). **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos: Violência no contexto familiar [recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 82 p.

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. **Saúde e violência ao longo do ciclo de vida: A família como sistema**. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/saudeeviolencia/exemplo/images/conteudos/2_2_1_pdf1_familia_como_sistema.pdf. Acesso em: 16 out. 2016.

RAMOS, D. P. Pesquisas de usos do tempo: um instrumento para aferir as desigualdades de gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 861-870, dez. 2009.

SANTOS, Q. G. *et al.* Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3740-3757, jan./mar. 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 24. ed. Cortez Editora: 2016.

THIENGO, D. L. *et al.* Satisfação de familiares com o atendimento oferecido por um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 298-308, 2015.

WHO (World Health Organization). **Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans**. Geneva: World Health Organization; 2005.

Recebido em: 25/04/2018

Aceito em: 16/07/2019