



## A FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL

### THE FAMILY IN THE PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL SUFFERING

#### LA FAMILIA EN LA REHABILITACIÓN PSICOSSOCIAL DE PERSONAS CON SUFRIMIENTO MENTAL

Patrícia Anjos Lima Carvalho<sup>1</sup>, Marly Souza Moura<sup>2</sup>, Vanessa Thamyris Carvalho<sup>3</sup>, Marina Costa Silva Reis<sup>4</sup>, Cláudia Brito de Oliveira Lima<sup>5</sup>, Edite Lago da Silva Sena<sup>6</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** descrever as contribuições das famílias na reabilitação psicossocial de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II). **Método:** estudo de abordagem qualitativa, realizado com oito familiares de usuários do CAPS II, no mês de agosto de 2013, no município de Jequié/BA, Brasil. As informações foram produzidas por meio da entrevista não diretiva, semiestruturada e em grupo. A análise ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade categorização temática. **Resultados:** foram apresentadas as categorias: << A família no contexto do cuidado em saúde mental >>; << Exclusão social como fator limitante à reabilitação psicossocial >>; e << Cuidar para reabilitar >>. **Conclusão:** é necessário que a família não apenas reconheça os dispositivos para a reabilitação psicossocial, mas também que se beneficie deles como instrumentos de cuidado, que servem tanto para a pessoa com sofrimento mental quanto para todos os membros de sua família. **Descritores:** Centros de Reabilitação; Relações Familiares; Saúde Mental.

#### ABSTRACT

**Objective:** to describe the contributions of families in the psychosocial rehabilitation of users of a Psychosocial Care Center Type II (CAPS II). **Method:** qualitative study conducted with eight relatives of users of CAPS II in August 2013, in a municipality of Jequié/BA, Brazil. Information was produced by non-directive, semi-structured and group interviews. The analysis was carried out through content analysis technique in the modality of thematic categorization. **Results:** the categories presented were: << The family in the mental health care context >>; << Social exclusion as a limiting factor for psychosocial rehabilitation >>; and << Caring for Rehabilitating.>>. **Conclusion:** it is necessary the family not only to recognize the devices for psychosocial rehabilitation, but also to benefit from care instruments, that serve for both, the person with mental suffering and its family members. **Descriptors:** Rehabilitation Centers; Family Relationships; Mental Health.

#### RESUMEN

**Objetivo:** describir las contribuciones de las familias en la rehabilitación psicossocial de usuarios de un Centro de Atención Psicossocial del tipo II (CAPS II). **Método:** estudio de enfoque cualitativo, realizado con ocho familiares de usuarios del CAPS II, en el mes de agosto de 2013, en el municipio de Jequié/BA, Brasil. Las informaciones fueron producidas por medio de la entrevista no directiva, semi-estructurada y en grupo. El análisis fue por medio de la técnica de análisis de contenido en la modalidad categorización temática. **Resultados:** fueron presentadas las categorías: << La familia en el contexto del cuidado en salud mental >>; << Exclusión social como factor limitante a la rehabilitación psicossocial >>; y << Cuidar para reabilitar >>. **Conclusión:** es necesario que la familia no apenas reconozca los dispositivos para la rehabilitación psicossocial, pero también que se beneficie de ellos como instrumentos de cuidado, que sirven tanto para la persona con sufrimiento mental como para todos los miembros de su familia. **Descriptor:** Centros de Rehabilitación; Relaciones Familiares; Salud Mental.

<sup>1</sup>Enfermeira, Professora Mestre, Departamento de Saúde (DS) da UESB, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/PPGES. Jequié (BA), Brasil. E-mail: [patricia.anjos3@gmail.com](mailto:patricia.anjos3@gmail.com); <sup>2</sup>Enfermeira (egressa), Universidade Estadual da Bahia/UESB. Jequié (BA), Brasil. E-mail: [marly\\_moura14@hotmail.com](mailto:marly_moura14@hotmail.com); <sup>3</sup>Psicóloga, Voluntária no Centro de Atenção Psicossocial tipo II, Jequié (BA), Brasil. E-mail: [mari.ps17@gmail.com](mailto:mari.ps17@gmail.com); <sup>4</sup>Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/PPGES. Jequié (BA), Brasil. E-mail: [nessathamyris@hotmail.com](mailto:nessathamyris@hotmail.com); <sup>5</sup>Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial tipo II, Jequié (BA), Brasil. E-mail: [claudiabrito.lima@hotmail.com](mailto:claudiabrito.lima@hotmail.com); <sup>6</sup>Enfermeira, Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde/PPGES. Jequié (BA), Brasil. E-mail: [editelago@gmail.com](mailto:editelago@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

O paradigma psicossocial preconiza que o tratamento seja pautado na desinstitucionalização e, dessa forma, indica que não seja focado na cura da doença, na readaptação dos indivíduos ou na normalização dos sujeitos, mas sim na existência do sofrimento humano como objeto real de uma intervenção voltada para a reabilitação.<sup>1-2</sup> Assim, a reabilitação psicossocial pode ser vista como estratégia, vontade política e modalidade compreensiva, que supõe ações de cuidado complexas e delicadas “para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais”.<sup>3:21</sup>

O modelo psicossocial propõe, ainda, o envolvimento de diversos atores sociais no cuidado em saúde mental e incentiva a participação de usuários dos serviços de saúde mental, como familiares, profissionais de saúde, enfim, de toda a sociedade num constante processo de cuidar. Nesse contexto, a família tem um papel fundamental na constituição da subjetividade e em questões concernentes à saúde mental.<sup>4</sup>

O envolvimento da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental é bastante recente, pois, até o final da década de 1970, esse tratamento era basicamente asilar, o que proporcionava um afastamento entre a pessoa e sua família.<sup>5</sup>

Com a proposta da desinstitucionalização, surgiram os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se constituem em uma rede de atenção à saúde mental. Essa rede se constitui tanto por serviços da atenção básica em saúde quanto pelos serviços especializados, incluindo ambulatórios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, leito ou unidade em hospital geral e serviços residenciais terapêuticos.<sup>6-7</sup>

Os CAPS são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Esses centros funcionam com equipe multiprofissional, e as atividades desenvolvidas em seus espaços são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, entre outros, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento.<sup>8</sup> A dinamicidade do trabalho realizado no CAPS, visto como coletivo e em movimento, se constitui e se transforma para satisfazer necessidades dos diferentes atores.<sup>9</sup> Entre esses atores, a família deve ser considerada

como elemento essencial do tratamento, incluindo atendimento específico e livre acesso ao serviço.<sup>10</sup>

A inclusão de familiares no cuidado e nas ações propostas pelo modelo psicossocial revela que a família deve ser vista não só como objeto de pressão sociopolítica ou de submissão às prescrições dos profissionais dos serviços, mas como coadjuvante no tratamento, o que deve beneficiar não somente a pessoa com sofrimento mental, mas também toda a sua rede social. A família, equipe e território, assim como os usuários dos serviços de saúde são espaços de vida, de sentimentos, que abrem possibilidade para a implementação da parceria no cuidado em saúde mental e, conseqüente, reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento mental.<sup>9</sup>

O interesse pelas famílias de pessoas com sofrimento mental surgiu ao desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão junto ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental: Loucos por cidadania, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tanto no CAPS do tipo II quanto nos domicílios de usuários desse serviço de saúde.

Durante visita domiciliar a uma usuária do CAPS II, percebemos que a participação da família no cuidado ganhava destaque à medida que buscava incluí-la nas decisões e permitia a construção de sua independência como, por exemplo, no que se refere à criação dos filhos e à realização das atividades do lar.

Nesse caso, a usuária citada administrava seu cotidiano com o apoio da família, a qual, por sua vez, não fazia por ela, mas com ela, sempre que solicitada. Por outro lado, ao compartilharmos essa experiência no grupo de estudos, percebemos que outras famílias visitadas apresentavam dificuldade para lidar com essa situação, reforçando sentimentos de dependência, medo, indiferença ou distanciamento do cuidado.

Nesse contexto, surgiram algumas inquietações que nos conduziram à questão norteadora desse estudo: quais as contribuições da família para a reabilitação psicossocial de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II? Na perspectiva de responder a questão, traçamos o seguinte objetivo:

- Descrever as contribuições das famílias na reabilitação psicossocial de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II).

## MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, método que se aplica ao estudo da história, das relações, das percepções, das crenças e das opiniões, produto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam.<sup>11</sup> A pesquisa possibilitou a identificação de dispositivos para a reabilitação psicossocial utilizados por familiares de pessoas em sofrimento mental que podem contribuir com o cuidado dispensado pelos profissionais de saúde mental, além das dificuldades enfrentadas nesse processo.

A pesquisa foi realizada no CAPS II de um município do interior do Estado da Bahia, que conta com uma rede de serviços de saúde composta por 28 Unidades de Saúde da Família, quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Hospital Geral, entre outros. No campo da saúde mental, existem dois CAPS, sendo um relativo ao álcool e outras drogas e um do tipo II, quatro ambulatórios de saúde mental nas UBS e uma unidade de internação, anexada ao Hospital Geral.

O CAPS II foi escolhido como campo de pesquisa devido ao contato prévio das pesquisadoras com os profissionais, os usuários do serviço e seus familiares por meio das práticas da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental e do Grupo de Ajuda Mútua e Intersubjetividade do Cuidar (GAM) no próprio espaço do centro, ambos vinculados às pré-reitorias de graduação e de extensão da UESB, respectivamente.

O GAM é formado por usuários, por familiares e pela terapeuta ocupacional do CAPS II. Os encontros do GAM acontecem duas vezes por mês, sendo que, na primeira quinzena, acontece uma reunião no CAPS II ou na UESB e, na segunda quinzena, os membros do grupo saem para um passeio destinado a um ponto turístico da cidade ou outro lugar escolhido de forma democrática por meio de votação. Geralmente, participam de 20 a 30 pessoas em cada encontro, não sendo obrigatória a presença em todos os momentos.

A proposta do estudo foi apresentada aos membros do GAM ao término de uma reunião. Logo, alguns familiares se dispuseram a participar, voluntariamente, da pesquisa. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter idade acima de 18 anos, ser familiar e responsável por, ao menos, um usuário do CAPS II e ter disponibilidade de horário para participar da entrevista.

A técnica utilizada para a coleta de informações foi a entrevista não diretiva, semiestruturada e em grupo, orientada por

um roteiro contendo perguntas abertas, com vistas ao atendimento do objetivo.<sup>12</sup> O roteiro foi composto pelas seguintes perguntas: como você vê a reinserção do sujeito que vivencia o sofrimento mental nos diversos espaços sociais? Na sua concepção, qual a contribuição da família na reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental? Quais estratégias de reabilitação psicossocial podem ser utilizadas pela família no cuidado ao membro com sofrimento mental? Quais os limites e possibilidades de atuação da família no contexto da reabilitação psicossocial?

As informações foram coletadas no terceiro dia do mês de setembro de 2013, em uma sala de aula da UESB, por meio de uma entrevista em grupo com duração de 2 horas. Participaram do estudo oito familiares de usuários do CAPS II, com o seguinte perfil: dois do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idades entre 50 e 82 anos, três trabalhadoras do lar, uma costureira, uma trabalhadora de serviços gerais, uma agente comunitária de saúde, um comerciante e um vendedor ambulante; quanto ao grau de parentesco, foram quatro tios (as), duas mães e dois irmãos (as).

A pesquisa foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, sob o Protocolo nº 301.120/2013, e a participação dos familiares só se efetivou após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, através do qual foram garantidas a privacidade e a integridade dos informantes, conforme orientado na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.<sup>13</sup> Ao assinarem o TCLE, os participantes também autorizaram a gravação das falas, por meio de um gravador digital, com vistas a garantir a fidedignidade na transcrição das informações. No intuito de manter o anonimato, os participantes escolheram nomes de pássaros e selecionaram os seguintes codinomes: Guriatã, Sabiá, Papagaio, Bem-te-vi, Beija-flor, Águia, Pardal e Canário Belga.

Para o tratamento das informações, utilizamos a técnica de análise de conteúdo temática<sup>14</sup>, da seguinte forma: escuta e transcrição das falas gravadas; leitura exaustiva das transcrições e organização do material, de acordo com a representatividade, homogeneidade e pertinência, a fim de selecionar elementos dotados de significados, tais como palavras, frases e orações, sendo considerados como variáveis importantes ao processo de avaliação do sentido das opiniões, os quais se denominam unidades de análise; leitura seletiva, a qual resultou em um inventário, contendo os núcleos de sentido que foram codificados de acordo com a



Carvalho PAL, Moura MS, Carvalho VT et al.

analogia dos significados; e, por fim, abstraímos as categorias.<sup>14</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao interpretar o conteúdo das falas, definimos as categorias temáticas analisadas neste artigo: A família no contexto do cuidado em saúde mental; Exclusão social como fator limitante à reabilitação psicossocial; e Cuidar para reabilitar.

### ◆ CATEGORIA 1: A família no contexto do cuidado em saúde mental

A família - “esquecida no modelo hospitalocêntrico” - se tornou copartícipe do processo de reabilitação e de cuidado à pessoa com sofrimento mental após a incorporação do modelo psicossocial nos serviços comunitários de saúde mental.<sup>13:42-13</sup> Desse modo, os familiares que participaram da pesquisa reconheceram que precisam participar ativamente do cuidado ao membro da família com sofrimento mental, conforme observamos na fala a seguir:

*[...] Precisa do cuidado da família, já que hoje não tem mais uma psiquiatria alongada (internação prolongada). [...] a família tem que estar preparada, igual como se estivesse dentro de um hospital, dentro de uma clínica qualquer [...]. (Guriatã)*

Ao mesmo tempo em que reconhece que precisa ser inserida no processo, a família não se sente preparada para assumir esse cuidado, evidenciando uma necessidade de apoio por parte de gestores e profissionais dos serviços de saúde mental, conforme percebemos nas unidades de análise:

*[...] Então tem que ter a União, o Estado, o município para dá um certo suporte, estrutura, mas que a família pegue aquela estrutura e transforme ela em realidade para poder cuidar. [...] A família só não resolve, então é um conjunto para interagir na saúde do usuário do CAPS [...]. (Guriatã)*

A fala de Guriatã demonstra a necessidade de haver uma interação entre a família, a equipe multiprofissional do CAPS e os gestores. Esses resultados corroboram com os achados de outros estudos que mostram a necessidade de que os profissionais ofereçam atenção e apoio às famílias, ações vistas como ferramentas importantes para a reinserção do usuário na comunidade e a retomada de suas atividades diárias.<sup>9,15</sup>

Guriatã enfatizou, ainda, que, embora a responsabilidade de preparar a família para o cuidado seja da equipe multiprofissional, o suporte maior é encontrado na enfermagem, conforme foi demonstrado na fala:

*[...] O psiquiatra mesmo, ele percebe, mas o suporte que ele vai encontrar é em cima*

A família na reabilitação psicossocial de pessoas...

*da enfermeira, que é ela quem vai dá o medicamentozinho na boca, quem vai aplicar a injeçãozinha dele com delicadeza, então ele vai passar a gostar da enfermeira, ele vai passar a querer bem, então isso já vai ajudar. (Guriatã)*

A enfermeira foi destacada como aquela que proporciona o maior suporte à família no tratamento, reforçando os resultados de estudos que mostram que o profissional de enfermagem busca a relação de reciprocidade com o usuário e a família, e, assim, resgata laços afetivos e sociais<sup>16,17</sup>, os quais são essenciais para a identificação de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive.<sup>9</sup>

Nessa perspectiva, a fala de Pardal enfatizou que deve haver um esforço coletivo para melhorar o cuidado ao usuário do CAPS e propôs uma espécie de entrelaçamento a partir do qual diferentes atores sociais podem compartilhar saberes no intuito de capacitar a todos, como mostram as seguintes unidades de análise:

*[...] A saúde também tem muitos profissionais que têm capacidade, mas têm muitos que ainda precisam ser capacitados, porque é um leque, é uma ponte. É União, Estado, Município, Saúde, Família, Instituição [...] Então tem que todo mundo trabalhar nesse mesmo contorno, entrelaçados. (Pardal)*

O pensamento de Pardal confirma a perspectiva de trabalho da equipe multiprofissional do CAPS, pois ela é orientada de acordo com a interdisciplinaridade, a descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe. Além disso, o trabalho da equipe deverá ser feito em conjunto com a família, o que requer o compartilhamento da responsabilidade e do compromisso para a concretização de uma assistência integral ao usuário.<sup>9</sup>

No entanto, as unidades a seguir mostram que continua havendo uma transferência de responsabilidade do cuidado à pessoa em sofrimento mental por parte de muitos familiares, que desprezam, abandonam, deixam no lixão ou isolam essa pessoa na casa do membro da família mais disposto a acolhê-la:

*[...] Todo mundo desprezou. [...] A mãe deixou no lixão em São Paulo, abandonou! [...] Não tem uma pessoa dos meus irmãos*

Carvalho PAL, Moura MS, Carvalho VT et al.

*para ficar com ela. [...] a família não vai mais na minha casa, me abandonou por causa dela, ninguém vai mais na minha casa com medo dela. [...] Se (eu) passar pro andar de cima, quem vai cuidar dela? (Águia)*

Para os participantes da pesquisa ainda não existe uma corresponsabilidade por parte de todos os membros da família, profissionais da equipe e gestores para o cuidado ao usuário do CAPS II. Esse fato reforça a tese de que um membro da família tende a assumir a responsabilidade, a dimensão cuidadora do membro que sofre, e acaba por se sentir abandonado, enquanto outros se omitem do cuidado, e, portanto, sugere a necessidade de que a família receba suporte social e assistencial.<sup>18</sup>

#### ◆ CATEGORIA 2: Exclusão social como fator limitante à reabilitação psicossocial

Nessa categoria, apresentamos a relação entre a exclusão social, o preconceito e a discriminação ainda existentes em nossa sociedade, conforme averiguamos nas unidades:

*[...] acho muito importante que ele participe, que ele também não seja discriminado, não fique isolado, quanto mais ele participa de alguma coisa, mais ele está apto a se desenvolver. (Guriatã)*

*[...] ninguém quer saber dela, as pessoas parecem que têm nojo de pegar na mão dela [...] passa por ela e balança a mão [...]. (Águia)*

Através das falas, fica evidente que, apesar das mudanças propostas pelo paradigma psicossocial, o estigma social com relação às pessoas com sofrimento mental continua muito forte em nossa sociedade. Para os participantes do estudo, esse tipo de exclusão pode ser reproduzido pela família quando ela relaciona o sofrimento mental à violência, como observamos nas unidades de análise:

*[...] ficava muito violento, [...] queria bater em todo mundo [...] eu não estou saindo mais com ele para os lugares porque a violência dele estava demais [...] era bravo, bravo mesmo [...] Ele jogava muita pedra, pedra mesmo, agora não, está normal [...]. (Sabiá)*

Com relação à violência, Guriatã defende que a exclusão e/ou isolamento por parte da própria família também pode desencadear uma situação desse tipo, o que identifica como desenvolvimento negativo, como observamos nas seguintes unidades:

*[...] se a família pega e joga ele fora, ele vai aprontar lá fora, aí ele vai jogar uma pedra no carro do vizinho, ele vai jogar uma pedra em uma pessoa qualquer. [...] (quando está violento) já entrou em outro*

A família na reabilitação psicossocial de pessoas...

*desenvolvimento, desenvolvimento negativo [...]. (Guriatã)*

Tal concepção reforça a ideia que vincula a pessoa em sofrimento mental aos comportamentos violentos e agressivos, bem como aos estereótipos de periculosidade e de incompreensibilidade do doente mental, que encobrem ou impedem que a situação de sofrimento seja superada, além de fortalecerem a crença de que a pessoa precisa ser afastada da sociedade e ser impedida de exercer sua capacidade de autocuidado e de cidadania.<sup>19</sup> Em contrapartida, os familiares enfatizaram a necessidade de humanizar o cuidado ao relacioná-lo à humanização e à interação social, conforme demonstram as unidades de análise:

*[...] todos aqueles que têm problemas mentais tem que ter uma humanização, precisam ser vistos pela Federação, pelo Estado, pelo município e também pela família porque tem que se englobar, interagir para poder o paciente se vê e se sentir humanizado, se sentir bem cuidado [...]. (Guriatã)*

Nesse sentido, é fundamental garantir à pessoa que vivencia o sofrimento mental “o direito de ir e vir, de ser ouvido, de opinar, de ser tratado com dignidade e respeito”.<sup>20:151</sup> Com a proposta da extinção dos hospitais psiquiátricos, ainda em processo de desconstrução, o movimento de mudança do modelo assistencial tem dificuldades para propor estratégias para lidar com os muros invisíveis da exclusão. No entanto, a necessidade de humanizar o cuidado por meio de ações de inclusão social e reabilitação psicossocial, a começar pelo contexto familiar, se constitui em um consenso entre familiares e estudiosos da área.

#### ◆ CATEGORIA 3: Cuidar para reabilitar

Na categoria Cuidar para reabilitar, os familiares que participaram do estudo apontaram vários dispositivos capazes de promover cuidado e reabilitação psicossocial, entre os quais: espaços de lazer, relações interpessoais, igreja, CAPS e o Grupo de Ajuda Mútua (GAM).

O cuidado por meio da participação em atividades de lazer, entretenimento e distração foi evidenciado nas unidades de análise em que os participantes falaram sobre as estratégias que podem promover a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental, conforme observamos a seguir:

*[...] ir até uma festa, ir a vários lugares que tenha certa distração, divertimento. E que aqueles que olham para ele, que recebam ele, recebam com humanização, [...] ele*

Carvalho PAL, Moura MS, Carvalho VT et al.

*pode passear, ele pode ir ao cinema, desde quando ele tenha um acompanhamento que não desestabilize ele, e sim anime ele para uma reabilitação [...]. (Guriatã)*

Tais falas reforçaram o pensamento de que é independente a pessoa que faz aquilo que gosta, na perspectiva de aumento da sua autonomia como atributo desejável e decorrente do processo de reabilitação.<sup>21</sup> Entretanto, Pardal ressaltou a dificuldade de oferecer lazer para o membro em sofrimento mental, visto que o território é muito carente com relação ao oferecimento de espaços de lazer, a exemplo de praças e outros equipamentos sociais, como demonstra a unidade de análise: “[...] não temos praças. Não temos lazer [...]”.

No que tange às relações interpessoais, os participantes do estudo relataram que o convívio em família e as boas relações interpessoais fazem com que o indivíduo se sintam amado e compreendido, ou seja, cuidado, conforme notamos nas unidades abaixo:

*[...] Todo mundo toma conta dele, todo mundo gosta dele. É um menino muito bom, [...] com amor e carinho com ele, aí é bom! É ótimo! [...] O povo agrada ele, gosta dele [...]. (Sabiá)*

*[...] (se refere ao CAPS) está participando tudo direitinho porque depende do jeito dos que tratam lá também, [...] na hora que está ali dentro, tem que tratar com mais amor e procurar entender [...] amor e compreensão, [...] só amor constrói [...]. (Papagaio)*

Nesse momento de convivência e de adaptação, as pessoas que vivenciam o sofrimento mental, assim como seus familiares, precisam se abrir aos relacionamentos, devendo esses últimos buscar conhecer a pessoa na sua singularidade e avaliar o cotidiano na relação, valorizando aspectos importantes para sua vida, como, por exemplo, o esporte, o namoro, a família, o estudo, o trabalho e o lazer.<sup>22</sup> Contudo, Guriatã lembra que, devido à complexidade do cuidado em saúde mental, é preciso compreender, acolher, aceitar e entender as mudanças que podem acontecer, como percebemos nas unidades seguintes:

*[...] porque mexer com o paciente que tem problemas psicológicos não é mole (referindo-se à complexidade) [...] porque uma hora o paciente está bem, mas outra hora ele apresenta outro quadro, então essa é uma espécie de metamorfose, ele muda o quadro, muda o psicológico [...]. (Guriatã)*

Os familiares destacaram, ainda, a igreja como uma possibilidade para a pessoa com sofrimento mental realizar trocas no território

A família na reabilitação psicossocial de pessoas...

e se integrar às atividades em que outros membros da família participam, conforme podemos ver nas unidades: “[...] É muito bom ir à igreja [...]”. (Guriatã); “[...] não me dá trabalho, porque sai, vai pra igreja comigo [...]”. (Papagaio)

Tais falas corroboraram o achado de um estudo que afirma que a igreja é um lugar onde os sujeitos compartilham sentimentos coletivos com os seus semelhantes.<sup>23</sup> Porém, os familiares salientaram que esse local também pode produzir descuido, caso promova preconceito e exclusão social, conforme identificamos nas unidades de análise a seguir:

*[...] quando ele estava são, ele me acompanhava na igreja [...] ele ficava muito violento dentro da igreja, queria bater em todo mundo, aí eu tive que retirar ele da igreja [...]. (Sabiá)*

*[...] ela vai à igreja, vê abraçando as pessoas, e ela de longe faz assim (gesto de negativa do abraço), ela chega em casa em prantos, chorando. Aí ela não foi mais pra lugar nenhum [...]. (Águia)*

A fala de Águia demonstra como algumas ações que poderiam ser terapêuticas, construtivas ou libertárias “podem ativar aspectos dissolventes da subjetividade e linhas duras, paranoicas e de intensificação da morte”.<sup>21</sup> Nesse caso, os membros da igreja reproduziram o mesmo preconceito e estigma vivenciado em outros ambientes, o que fechou possibilidades para o estabelecimento de novas relações por parte da familiar de Águia, até mesmo em outros ambientes sociais.

As falas de Sabiá e Águia revelam que, ao mesmo tempo em que a família deseja a participação da pessoa com sofrimento mental em diferentes espaços sociais, o comportamento violento e o preconceito social fazem com que ela confirme a exclusão social, o que ratifica o estudo que demonstra certo cansaço da família na convivência e até desesperança em relação à inclusão do portador de transtorno mental na vida social.<sup>20</sup>

O CAPS também foi evidenciado como um dispositivo de cuidado pelos participantes do estudo, já que para eles as atividades desenvolvidas no serviço melhoram o estado de saúde, sobretudo, a relação do usuário do serviço com outras pessoas, como visualizamos nas unidades de análise:

*[...] (Depois que entrou no CAPS) não xinga mais, não fala palavrão, não responde eu, não responde ninguém, não joga pedra. Está uma benção agora [...]. (Beija-Flor)*

*[...] depois do CAPS, hoje em dia é outra pessoa [...]. (Águia)*

Carvalho PAL, Moura MS, Carvalho VT et al.

A família na reabilitação psicossocial de pessoas...

Nesse sentido, o CAPS foi identificado como um local de encontro, diálogo entre pessoas com necessidades, desejos e histórias, onde a família do usuário é percebida como parte essencial para o progresso satisfatório do usuário no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental.<sup>24</sup> No entanto, a fala “[...] não sou eu que sou responsável por ele, ele é do CAPS [...]”, dita por Bem-te-vi, mostra o risco da família ao transferir a responsabilidade do cuidado para os profissionais do CAPS e identificar o serviço como um instrumento mais importante para o cuidado do que si própria.<sup>24</sup>

Os depoimentos também mostraram a importância que o Grupo de Ajuda Mútua (GAM) do CAPS II ao realizar ações de apoio à família, de cuidado ao usuário e à própria família, conforme identificamos nas seguintes unidades:

*[...] se eu aprendo com cada um, aí eu vou tratar o meu paciente diferente, meu familiar diferente [...]. (Pardal)*

*[...] O grupo GAM, o grupo de ajuda mútua, é um ajudando o outro [...] o grupo GAM tornando-se uma realidade, torna-se uma associação. [...] associação vai nos ajudar, quer dizer, ajudar o próprio país, o próprio estado, o próprio município e a família. (Guriatã)*

Tais falas ratificaram os resultados do estudo que garante que, para além dos objetivos específicos a que se propõem, esses grupos promovem uma oportunidade para a troca de conhecimento e cooperação entre seus participantes.<sup>9,22</sup>

Assim, os familiares demonstraram que os espaços de acolhimento e compartilhamento de experiências favorecem o enfrentamento de dificuldades cotidianas inerentes ao processo saúde-doença, aumentam a autoestima, melhoram a qualidade de vida, motivam e fortalecem os usuários do CAPS II e seus familiares na conquista do empoderamento para o exercício da cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família deve se envolver no cuidado à pessoa com sofrimento mental e, apesar de reconhecer a importância de outros atores sociais estarem “entrelaçados” a si própria, precisa superar a dependência em relação aos profissionais do CAPS, aos gestores, à comunidade em geral e até mesmo aos outros familiares que parecem despreparados e contrários à sua participação no cuidado. Além disso, a família precisa desconstruir a noção de que o cuidado deve acontecer no

CAPS em detrimento de si e do território, como norteia o paradigma da saúde mental.

O desconhecimento e o medo da família com relação ao cuidado precisam ser superados, visto que tais sentimentos podem levar alguns familiares à abstinência do processo, chegando a isolar não só a pessoa em sofrimento mental, mas também outros familiares que se corresponsabilizam pelo cuidado.

Este estudo revelou uma tendência que indica que muitos familiares reproduzem práticas do modelo manicomial no contexto familiar à medida que desejam tratar a pessoa em sofrimento mental como se “estivesse dentro de um hospital, dentro de uma clínica qualquer”, dando ênfase à oferta de medicamentos e ao controle da agressividade e da violência como formas de tratamento.

Ao contrário, a família precisa ver o CAPS, assim como a sociedade em geral, como parceiro no processo de reabilitação psicossocial, como espaço de acolhimento e compartilhamento de saberes. Enfim, precisa avançar em relação à apropriação dos dispositivos que podem auxiliar na reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental, como os espaços de lazer, as relações interpessoais, a igreja, o CAPS e o GAM, no sentido de não apenas reconhecê-los, mas utilizá-los e se beneficiar deles, como instrumentos de prevenção de doenças e promoção da saúde de todo o núcleo familiar.

## REFERÊNCIAS

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
2. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2015 June 15];20 (4):1209-26. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008)
3. Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, Ana (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 19-26.
4. Brito ES de, Badagnan HF, Ventura CAA. The care integrated to family and community in the view of professionals from a psychiatric hospital. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2015 [cited 2015 June 30];9(suppl. 4): 8088-96. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6456/pdf\\_7923](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6456/pdf_7923)
5. Ribeiro MBS, Martins STF, Oliveira LR. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estud psicol* [Internet]. 2009 [cited 2015 June 15];14(2):133-40.



Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2009000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000200006)

6. Brasil MS. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília [cited 2015 June 15]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)

7. Brasil MS. 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília [cited 2015 June 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

8. Brasil MS. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília [cited 2015 June 15]. Available from: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)

9. Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2015 June 18];42(1):127-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>

10. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. Ciência e Saúde Coletiva [Internet]. 2009 [cited 2015 June 18];14(1):159-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a21v14n1.pdf>

11. Minayo MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12th ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p.

12. Vilela ABA, Carvalho PAL, Araújo RT. Envelhecimento Bem-Sucedido: Representação de Idosos. Rev Saúde Com [Internet]. 2006 [cited 2015 June 15];2(2):101-14. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v2/v2n2a2.pdf>

13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. [Internet]. 2012 [cited 2015 June 07]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edição Revista e Atualizada. Lisboa: Edições 71; 2011.

15. Cantero AID, Rodríguez CM. Intervención junto con la familia en el centro de rehabilitación psicossocial de badajoz. Informaciones Psiquiátricas. 2010 [cited 2015 July 14];201(3):301-16. [Internet]. Available from:

[http://www.revistahospitalarias.org/info\\_2010\\_pdf/201\\_inf%20psiq.pdf](http://www.revistahospitalarias.org/info_2010_pdf/201_inf%20psiq.pdf)

16. Moreno V. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [cited 2015 June 30];63(4):603-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/16.pdf>

17. Almeida Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. Rev Rene [Internet]. 2009 [cited 2015 June 30];10(2):158-65. Available from: [http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19458/pdf\\_120](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19458/pdf_120)

18. Randemark NFR, Barros S. The family in therapeutic design of users of CAPS: representations of health professionals. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 June 30]. 2014 [cited 2015 Jul 14];8(7):1956-64. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4976>

19. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. Psico USF [Internet]. 2008 [cited 2015 June 30];13(1):115-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>

20. Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2015 June 30];16(1):147-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a20.pdf>

21. Lancetti A. Clínica Peripatética. Hucitec Editora: São Paulo; 2014.

22. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. Barbarói [Internet]. 2011 [cited 2015 June 30];34:146-60. Available from: [file:///C:/Users/CIEP/Downloads/1643-7198-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CIEP/Downloads/1643-7198-1-PB%20(1).pdf)

23. Reinaldo AMS. Sofrimento mental e agências religiosas como rede social de apoio: subsídios para a enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 [cited 2015 June 30];16 (3):536-43. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000300016&script=sci_arttext)

24. Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Pinho LB, Zillmer JGV, Kantorski LP. A inserção da família no cuidado de um centro de atenção psicossocial. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2009 [cited 2015 June 30];8(supl):40-46. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9716/5529>

Submissão: 16/07/2015

Aceito: 04/04/2016

Publicado: 01/05/2016

#### Correspondência

Patrícia Anjos Lima de Carvalho  
Rua Francisco Félix de Almeida, 47  
Bairro Campo do América  
CEP 45203-170 – Jequié (BA), Brasil