

**PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS EM TRATAMENTO NOS CAPS  
SOBRE OS TRANSTORNOS MENTAIS E OS PROCESSOS DE CUIDADO  
PSICOSSOCIAL*****PERCEPTION OF FAMILIES OF PEOPLE UNDER TREATMENT IN CAPS ABOUT  
MENTAL DISORDERS AND PSYCHOSOCIAL CARE PROCESSES***Rômulo Salles Alvarenga<sup>1</sup>Andréa Campos Romanholi<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este estudo investigou a percepção de familiares de usuários do centro de atenção psicossocial (Caps) sobre transtornos mentais e tratamento, tendo como problemática a possível presença da lógica manicomial em seus discursos. Foi realizada pesquisa qualitativa, de finalidade exploratório descritiva, do tipo estudo de campo, com aplicação de entrevista semiestruturada com familiares de usuários que fazem tratamento em Caps da Grande Vitória/Espírito Santo. Foram entrevistados oito familiares (duas tias, duas irmãs e quatro mães de usuários). Foi utilizada a análise de conteúdo para trabalhar os dados. Os resultados revelaram que, apesar de os familiares se mostrarem majoritariamente contrários à internação, mantém-se a lógica manicomial nos discursos, refletindo não estar acontecendo uma apropriação dos princípios da atenção psicossocial. Observou-se a expectativa de cura com seu entendimento sendo equivalente à obtenção de um comportamento calmo, controlado e disciplinado/obediente, contradizendo premissas de autonomia dos sujeitos. Como efeito dessas perspectivas, os familiares revelam grande valorização da medicação, vista como elemento forte do tratamento, além de atitude de vigilância constante, o que causa desgaste nas relações familiares. Predomina nos discursos dos familiares valores e concepções do modelo tradicional e biomédico, próprias do modo asilar. Assim, verifica-se que o fato de ter e acompanhar uma pessoa em cuidado em Caps não tido efeito de mudança da lógica manicomial entre os familiares dos usuários, ponto que gera importantes reflexões uma vez que os Caps são serviços estratégicos da reforma psiquiátrica brasileira. Evidencia-se a necessidade de maior trabalho com os familiares por parte dos Caps.

**Palavras-chave:** Caps; Lógica Manicomial; Atenção Psicossocial; Familiares.

**ABSTRACT:** This study investigated the perception of family members of users of the Psychosocial Care Center (Caps) regarding mental disorders and treatment, with the problematic issue being the possible presence of the asylum logic in their discourses. A qualitative research was conducted, with an exploratory descriptive purpose, of the field study type, with the application of semi-structured interviews with family members of users who are undergoing treatment at Caps in Greater Vitória/Espírito Santo. Eight family members were interviewed (two aunts, two sisters, and four mothers of users). Content analysis was used to work with the data. The results revealed that, although the family members were mostly opposed to hospitalization, the asylum logic remains

<sup>1</sup> Centro Universitário Salesiano - UniSales. Vitória/ES, Brasil. romulosalles1982@gmail.com.

<sup>2</sup> Centro Universitário Salesiano - UniSales. Vitória/ES, Brasil. aromanholi@salesiano.br

in their discourses, reflecting a lack of appropriation of psychosocial care principles. There was an expectation of cure, with their understanding being equivalent to obtaining calm, controlled, and disciplined/obedient behavior, contradicting the premises of autonomy of the individuals. As a result of these perspectives, family members show a great appreciation for medication, seen as a strong element of treatment, as well as a constant vigilance attitude, which causes strain in family relationships. The discourses of family members predominantly reflect values and conceptions of the traditional and biomedical model, typical of the asylum mode. Thus, it is evident that having and accompanying a person in care at Caps has not had the effect of changing the asylum logic among the users' family members, a point that generates important reflections since Caps are strategic services of the Brazilian psychiatric reform. There is a need for greater work with family members by Caps.

**Keywords:** Caps; Asylum Logic; Psychosocial Care; Family Members.

## 1 INTRODUÇÃO

A família representa uma das estruturas sociais mais impactantes no processo de subjetivação, influenciando significativamente o atendimento ou não das necessidades emocionais do sujeito.

De acordo com Faco e Melchiori (2009), é onde o humano se socializa e onde constrói e aprende formas de lidar com a vida e seus problemas, constituindo-se em espaço que viabiliza o desenvolvimento do indivíduo e do coletivo familiar, além de proporcionar as primeiras experiências de convivência e cidadania.

Sobre o papel da família nos cuidados em saúde mental, destacam o papel importante que tem a família, tanto no desenvolvimento dos sujeitos como nos processos de cuidado, sendo consideradas fundamentais para o sucesso destes últimos. Para estes autores, a família é parte do apoio necessário para o tratamento, podendo ser considerada como uma “unidade de cuidados” (Silva *et al.*, 2022, p. 3).

Desta maneira, as políticas públicas em saúde mental destacam a importância da participação ativa da família no tratamento de usuários dos Centros de atenção psicossocial (Caps). Essa participação visa tanto oferecer suporte aos familiares e aprimorar a compreensão dos processos de cuidado, como ampliar sua atuação nestes processos, mantendo-se como apoio ao usuário.

De acordo com Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p. 13):

[...] um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O mesmo texto esclarece que os Caps funcionam prestando atendimento em regime de atenção diária, organizando projetos terapêuticos, oferecendo atendimento clínico, oficinas, e várias ações para promover a inserção social, envolvendo os usuários em projetos de educação, trabalho, esporte e outros.

A proposta desta pesquisa originou-se ao longo de um estágio de dois anos (2022 e 2023) em um Caps situado na região da Grande de Vitória, no estado do Espírito Santo. Ao longo da vivência neste estágio, notou-se uma relação praticamente

generalizada entre as queixas e conflitos apresentados pelos usuários e seus familiares. Além disso, ao participarem de encontros no serviço, os familiares expressavam discursos que, em muitos momentos, pareciam refletir a presença de lógica manicomial.

Oliveira (2011, p.53) apresenta e contextualiza esta lógica da seguinte forma:

O que denominamos de lógica manicomial não se relaciona apenas ao estado de confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios. A lógica manicomial vai além disso. Trata-se de uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais. Estas relações se contextualizam num sistema que se caracteriza pela objetivação do sujeito, cuja identidade passa a ser atribuída a partir de sua categorização como doente mental. O termo lógica manicomial é utilizado por ser o manicômio o centro histórico de localização do paciente psiquiátrico e por ter se desenvolvido nestes ambientes a prática clínica que fundamenta o conhecimento psiquiátrico sobre a doença mental.

Historicamente, ocorreram diversos movimentos que se opuseram a essa maneira de conceber o sujeito com transtorno mental e seu respectivo tratamento. Essa luta começou há poucas décadas e tem produzido grandes efeitos sociais e históricos no campo da saúde mental.

Goulart e Durães (2010) ressaltam que foi após fins da década de 1970 que se iniciaram os movimentos que constituíram a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que questionou fortemente a condução pública feita até então no campo da saúde mental, devido a sua centralidade no hospital psiquiátrico e na consequente exclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Este movimento foi fundamental para o início de uma ruptura com o modelo tradicional de tratamento da pessoa com transtorno. Conforme destacam Lückmann e Rodrigues (2007), muitos trabalhadores na área de saúde, além de reivindicarem seus direitos, como aumento de salário e redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, denunciavam a cronificação do manicômio, uso de eletrochoque e outras condições degradantes, e assim exigiam condições humanizadas dos serviços. Os autores relatam que foi nesse contexto, no período entre 1987 e 1993, que várias articulações foram realizadas e se consolidou o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

É indiscutível que, graças à luta antimanicomial e à reforma psiquiátrica, se redesenharam os paradigmas da saúde mental e alcançaram-se conquistas de grande relevância. Destaca-se, principalmente, o reconhecimento dos direitos e a proteção da pessoa com transtorno mental, garantidos pela chamada Lei da reforma psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216/2001, cuja aprovação se deu após 12 anos de tramitação do projeto apresentado em 1989 pelo então deputado Paulo Delgado, do PT MG (Delgado, 2011). Lê-se, em seu artigo 1º:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Brasil, 2001, n.p.).

Os Caps surgiram dentro deste movimento de mudanças e são serviços estratégicos para a RPB, tendo a missão de, além de cuidar de seus usuários, atuar na rede de

atenção intersetorial e na sociedade como um todo, provocando mudanças não só nas formas de cuidar, mas também na forma de compreender, acolher e lidar com as pessoas que apresentam sofrimento psíquico intenso e/ou transtornos mentais (Brasil, 2004).

A atuação no Caps durante o período de estágio, entre tantos efeitos produzidos, trouxe a inquietação em relação à possível presença de lógica manicomial nos discursos dos familiares, o que foi o ponto de partida para a concepção desta pesquisa. Inicialmente, ao iniciar o estágio, existia a ideia preconcebida de que os familiares, por estarem associados ao serviço, estariam bem orientados quanto aos princípios de humanização das políticas em saúde mental, e, por isso, não evidenciariam a presença da lógica manicomial.

Entretanto, como se lê em Kammer *et al.* (2020, p.38): "[...] o avanço na implementação desses serviços substitutivos não garante o rompimento com a lógica manicomial, percebida, principalmente, no tratamento tutelar e excessivamente medicamentoso dos usuários de saúde mental [...]".

Desta maneira, a partir de reflexões, interações com os familiares, leituras e supervisões, considerando que a lógica manicomial ainda se faz presente em nossa sociedade, atravessando a todos no que concerne às questões de saúde mental, desenvolveu-se um projeto buscando responder ao seguinte problema: A lógica manicomial ainda se faz presente entre os familiares de usuários dos Caps e, se sim, quais os seus efeitos entre estes? O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a possível presença e os efeitos da lógica manicomial entre os familiares. Como objetivos específicos, foram delineados: 1) Explorar a compreensão dos familiares acerca de transtornos mentais e do cuidado oferecido no Caps; 2) Avaliar como os familiares percebem sua participação e função no processo terapêutico; 3) Mapear as expectativas dos familiares em relação aos resultados do processo de cuidado; 4) Analisar a presença ou ausência da lógica manicomial nos discursos familiares; e 5) Identificar os efeitos dessa lógica entre os familiares.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 MODELO DE TRATAMENTO MANICOMIAL NO BRASIL**

A história da loucura é marcada pela busca por compreensão, explicação e tratamento dessa forma singular de organização mental do sujeito com sofrimento psíquico. Segundo Amarante (2010), a leitura de "O Alienista", de Machado de Assis, é relevante para ter um retrato da psiquiatrização e patologização do louco no Brasil do século XIX. O conto de Machado de Assis apresenta e representa alguns dos aspectos do modelo de tratamento manicomial, caracterizado pelo enclausuramento.

O paradigma asilar, mesmo antes de ser oficializado e legalmente estabelecido nos hospícios, já influenciava a maneira como as sociedades lidavam com as pessoas que manifestassem comportamentos indicativos de "doença mental".

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008):

Todos que apresentavam um comportamento diferente, sobretudo quando agitados e agressivos, eram considerados loucos, e a sociedade, preocupada apenas com a sua segurança, permanecia com a mesma conduta: jogava os loucos em prisões e eles lá ficavam ao lado de outros excluídos à espera da morte.

Isso ocorria porque afastá-los era visto como uma maneira de proteger a sociedade de potenciais perigos e de eventuais contaminações. Conforme destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), no início do século XIX, não havia tratamentos disponíveis para pessoas que apresentassem sofrimento psíquico intenso. Aqueles com recursos financeiros eram mantidos em casa e recebiam apoio da família, enquanto os menos privilegiados eram frequentemente relegados às margens das ruas, sem acesso à proteção adequada, ou confinados nas Santa Casa de Misericórdia.

Em 1841, influenciado pelo pensamento de Pinel e Esquirol, e tocado pelos gritos provenientes dos porões da Santa Casa, D. Pedro II assinou o decreto que resultou na inauguração, em 1852, do primeiro hospício brasileiro (BRASIL, 2008).

O estabelecimento do primeiro hospício no Brasil marcou a institucionalização do asilamento e de outras práticas de tratamento da pessoa com transtorno no país. Com o passar do tempo, essas abordagens tornaram-se modelos replicados por novos hospitais em todo território nacional e tiveram efeito de conformar o pensamento social sobre a relação possível com os loucos.

A lógica manicomial prediz a exclusão de um indivíduo do convívio social; diante disso, as internações em hospitais psiquiátricos promovem uma invisibilidade social com o enfraquecimento, fragilização e rompimento dos vínculos familiares. As ações dos hospitais psiquiátricos baseavam-se diretamente na cura do paciente, justificando a periculosidade do indivíduo com necessidade de institucionalização (Silva; De Paula Junior e Araújo, 2018, p. 347).

Essa lógica e essa forma de tratamento, com o isolamento nos hospitais psiquiátricos sendo considerado o necessário e desejável, tornou-se hegemônica na sociedade, pautando o pensamento do senso comum ainda até o presente.

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A reforma psiquiátrica no Brasil marca uma quebra com o modelo biomédico na abordagem em saúde mental. De acordo com Amarante (2013), esse movimento teve início entre 1978 e 1980 e contou com a contribuição de diversos autores, abrangendo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, os Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, as Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, a Rede de Alternativas à Psiquiatria, além de outras instituições e movimentos. Esse esforço coletivo buscou uma abordagem mais ampla para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, afastando-se da ênfase exclusiva em intervenções biomédicas.

Segundo Amarante (2013, p.51):

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que fica conhecido como a 'Crise da Dinsam' (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de Saúde do subsetor saúde mental.

Amarante e Nunes (2018) explicam que se tratou de um episódio de estudantes bolsistas e residentes de hospitais psiquiátricos que exigiam tanto mudanças tanto nas condições de trabalho como, principalmente, na forma de tratamento oferecido, rejeitando a lógica e as práticas manicomiais. Ocorrido no mesmo contexto dos



movimentos voltados à abertura política do país e concomitante à reforma sanitária, logo se formou o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), importante ator da reforma psiquiátrica no país e responsável, em 1979, 'I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental' em São Paulo. O MTSM também teve participação ativa na mobilização e realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, durante o qual deliberaram pela realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental' que foi realizado em Bauru/SP. Conhecido como 'Congresso de Bauru', foi neste evento que se constituiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e o lema 'Por uma sociedade sem manicômios'.

Esses movimentos produziram grandes efeitos nas estruturas governamentais e legislativas, assim como no âmbito da produção científica, mobilizando várias conferências para refletir e estruturar propostas para uma nova forma de cuidado em saúde mental, que deixava de focalizar a "doença mental" para tomar como foco o sujeito, sua existência e construir uma nova relação da sociedade com a loucura. No Âmbito do cuidado, a proposta foi a defesa do cuidado em liberdade, territorial, para o que se construíram os Caps e toda a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Todavia, é essencial considerar o alerta de Amarante (2003) que, entre outros, destaca que apenas a mudança nas formas de assistência e tratamento, ainda que benéfica, não condiz com os propósitos da RPS e nem representa, efetivamente, mudanças no modelo asilar. O autor descreve quatro dimensões da reforma psiquiátrica e enfatiza que as propostas na RPB, a partir da inspiração basagliana, são voltadas à desconstrução da lógica manicomial psiquiátrica, o que só se dá se as mudanças forem além da dimensão assistencial e alcançarem, também as dimensões teórico conceitual, socio cultural e jurídico políticas da reforma. A dimensão teórico conceitual fala dos conceitos e fundamentos que sustentam as práticas e, para uma reforma efetivamente antimanicomial, precisam abandonar todo fundamento asilar, assim como as noções de tutela e exclusão, abrangendo um novo entendimento da loucura, que passa a ser vista como um modo de organização do sujeito. A dimensão sócio cultural deve fazer com que estas mudanças atinjam a cultura e a sociedade, o que é essencial para que possa ocorrer uma verdadeira inserção social. E a dimensão jurídico política trata das leis e todo aparato jurídico para a garantia dos direitos conquistados. Sem que todas estas dimensões sejam alcançadas, a reforma psiquiátrica se limita a uma desospitalização e não atinge a proposta de desinstitucionalização mesmo do modelo asilar.

### 2.3 A LÓGICA MANICOMIAL VIGENTE NA SOCIEDADE

Segundo Foucault (1975), historicamente foi em torno do século XVII que a loucura foi percebida como uma ameaça para as sociedades, levando-as a buscar estratégias de exclusão e confinamento dos chamados "doentes mentais". A construção desta nova percepção se deu a partir de um movimento nomeado por Foucault como 'Grande enclausuramento', quando todos aqueles que se colocavam como perturbadores da nova ordem social moderna, então em construção, foram retirados do espaço público e enclausurados nos antigos hospitais gerais.

Foucault (1975) ressalta que este não foi um movimento da saúde ou da medicina, que ainda não havia se configurado como saber científico. Da mesma forma, os hospitais gerais não eram instituições de tratamento, mas apenas locais de hospedagem, geralmente filantrópicos, que cumpriram a função de manter longe da sociedade não apenas os loucos, mas:

[...] toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de 'alteração' (Foucault, 1975, p. 55).

Sua exclusão da sociedade estava ligada à sua dificuldade em participar da organização produtiva e econômica moderna, e não visava a nenhuma forma de tratamento. Mas esta exclusão generalizada durou apenas cerca de um século, pois os ideais do iluminismo condenavam esta forma de violência, o que levou à abertura dos hospitais gerais e ao deslocamento das pessoas ali reclusas de volta para a sociedade ou para novas instituições mais adequadas às necessidades de cada um. Os loucos, porém, tiveram um período muito breve de circulação, pois a estranheza de suas atitudes e a percepção que se construiu durante a grande internação de serem perigosos e incapazes levou a que se os mantivessem reclusos. Assim,

[...] as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão (Foucault, 1975, p. 55).

Neste segundo momento os hospitais ganham, enfim, caráter médico, visando a alguma forma de tratamento. E foi neste momento que o chamado 'pai da psiquiatria', Philippe Pinel, assumiu um dos grandes hospitais e ali construiu sua teoria do alienismo, descrevendo os loucos como 'alienados mentais' que deviam ser tratados em isolamento até que recuperassem o domínio da razão. Com este fim, Pinel instituiu o tratamento moral que tinha como meta a recuperação do funcionamento racional por parte dos internos, o que os tornaria aptos ao retorno à sociedade. Trata-se de uma visão de disciplinarização e adaptação social, que nega a possibilidade de formas diversas de funcionamento psíquico e alimenta a intolerância social para com a diferença.

A lógica manicomial que é hegemônica na sociedade deriva grandemente das teorias e práticas pinelianas que, apesar de não terem resultado na 'cura' prometida, sempre cumpriu bem o papel de manter a loucura distante da sociedade.

Costa-Rosa (2000) define o Modo Psicossocial como meta para as novas formas de se entender e cuidar, colocando-o em oposição ao Modo asila. Sobre este último, a ser superado, destaca algumas características:

Ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja 'medicamentoso'. Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito (como subjetividade desejante), o que implica que não se invista na sua mobilização como participante do tratamento (no máximo chega-se a recorrer ao indivíduo), está-se ainda com a hipótese de que quem trabalha basicamente é o remédio (Costa-Rosa, 2000, p.152).

Neste sentido, o tratamento no modo asilar conta pouco com a família, pois é o indivíduo, entendido como doente, o foco. E, não tendo lugar como sujeito desejante, a relação com este indivíduo se dá de forma tutelar, com um cuidado que acaba infantilizando ou, ao menos, tomando como objetivo a disciplina e obediência. É

apenas quando se superam tais características, o que só acontece com uma desconstrução das concepções tradicionais da psiquiatria, que se opera, de fato, no modo psicossocial visado na RPB e na luta antimanicomial.

No Brasil com a reforma psiquiátrica em curso, foi alcançada a redução dos manicômios no país. No Rio de Janeiro, por exemplo, os hospitais manicômios não estão mais em funcionamento. Conforme noticiado pelo site G1 (RIO FECHA, 2022), a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro encerrou as atividades do último manicômio do município em 27 de outubro de 2022. Contudo, o desafio persiste, pois, a lógica manicomial não se restringe ao espaço físico dos manicômios.

De acordo com Alverga e Dimenstein (2006, p.300) “[...] formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações. Isso quer dizer que elas envolvem todos nós, estão dentro e fora dos muros dos hospitais”.

Considerando esta perspectiva das variadas formas de expressão da lógica manicomial, afirma Baptista (apud Alverga e Dimenstein, 2006, p. 300):

O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmo nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial deslocamento de território, isto é, uma transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muros e de exclusão.

Neste sentido, estes autores afirmam que a existência dos serviços substitutivos tipo Caps ou outros podem não ser suficientes para que esta lógica manicomial seja superada. A análise e reflexão acerca da presença da lógica manicomial na sociedade contemporânea torna-se importante devido à sutileza de sua influência. Como lembram Machado e Lavrador (2001, p.46), os “desejos de manicômio” persistem na sociedade, assim como nos serviços e em suas equipes. As autoras os definem como “um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em [...] numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica”.

Importante destacar neste ponto, o alerta feito por Lancetti e Amarante (2006) que, lembrando o histórico de reformas psiquiátricas ocorridas em diversos países, reforçam que a RPB, por sua inspiração basagliana, visa à desinstitucionalização e não apenas a desospitalização das pessoas com transtornos mentais. Isso significa que a saída dos hospitais, apenas, não garante mudanças e, como dito acima, pode ter efeito de manutenção da lógica manicomial nos novos serviços e na sociedade.

## 2.4 OS FAMILIARES DE PACIENTES EM TRATAMENTO SITUADOS NO MODELO MANICOMIAL E ANTIMANICOMIAL

Antes de D. Pedro II assinar um decreto para a construção do primeiro manicômio no Brasil e, assim, o poder governamental propor algum tipo de tratamento para a loucura, as pessoas que apresentavam alguma forma de transtorno mental eram amparadas por suas famílias. Entretanto, segundo Santin e Klafke (2011), a família “[...] nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adoecce mentalmente”.

Além de ser considerada incapaz, para alguns autores a família passou a ser responsabilizada pelo surgimento de transtornos mentais. Nesse contexto, as



internações passaram a ser justificadas pela necessidade de afastar o familiar doente do ambiente que supostamente contribuía para seus problemas de saúde mental. Dessa forma, as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social para pessoas com sofrimento psíquico ganharam ainda mais destaque (Santin e Klafke, 2011).

Segundo Santin e Klafke (2011), a família adquire uma conotação negativa, sendo vista como adversária da saúde mental de seus membros e considerada cada vez mais dispensável no tratamento de pessoas com transtorno mental. O modelo manicomial, ao negligenciar as questões subjetivas dos pacientes, amplificava a exclusão e rompia com a única fonte de afeto e cuidado à disposição do sujeito.

As atuais políticas de saúde mental focaram na desinstitucionalização de pessoas com transtorno, possibilitando que recebam cuidados no âmbito familiar e na comunidade, entretanto, é fundamental investir e preparar as famílias para esse papel desafiador.

Segundo Santin e Klafke (2011, p. 150):

[...] com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com o portador de transtorno mental, pois com a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, a família começa a ser considerada no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental.

Martins e Guanaes-Lorenzi (2016), em levantamento de diversos artigos que investigam a família nos tratamentos em saúde mental, apontam que, com a reforma psiquiátrica e a efetivação do cuidado em serviços substitutivos, a família passou a ser tida como aliada dos serviços. Destacam, ainda que vários autores indicam ser necessário tratar das famílias nas políticas públicas de saúde mental, integrá-las aos processos de cuidados nos serviços, contribuir para que também estejam em redes de apoio. Ao mesmo tempo, muitos descrevem as famílias como sendo também foco a ser cuidado, merecendo intervenções específicas nos serviços. Ainda há os autores que denunciam casos em que não se trabalha nem se apoia as famílias após a desinstitucionalização dos seus parentes, deixando-as desassistidas.

À parte tais discussões, a importância das famílias para as pessoas com transtornos mentais é consenso e o atendimento às famílias está previsto como uma das ações a serem realizadas nos Caps (Brasil, 2004). No caderno que informa sobre os Caps, elaborado pelo Ministério da saúde logo no início da implantação destes serviços, é falado sobre a forma como os familiares podem participar das atividades do serviço, afirmando-se que o Caps incentiva esta participação. Os familiares são valorizados tanto como essenciais para os usuários do Caps como na forma de parceiros no tratamento. Afirma-se esperar que os familiares frequentem o serviço e se envolvam no processo terapêutico. Além disso, é lembrada a possibilidade de os familiares criarem associações como forma de ampliar sua atuação social e política na saúde. Entre as diversas formas de envolvimento da família nos serviços de saúde mental, destaca-se a participação em grupos específicos para familiares e assembleias.

### **3 MÉTODO**

Considerando o objetivo de analisar, a presença e os efeitos da lógica manicomial entre os familiares de usuários do Caps, nesta pesquisa optou-se por uma abordagem qualitativa e de finalidade exploratório descritiva.

De acordo com Minayo (2004, p. 626), a análise qualitativa “[...] tem o sentido de tornar possível a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade”. Sua finalidade é descritiva, pois busca elucidar e descrever opiniões, atitudes e crenças dos familiares (Gil, 1991).

A amostra foi selecionada por conveniência, impulsionada por familiares e outras pessoas que, tendo conhecimento da pesquisa, indicaram mais participantes.

Com base em uma teoria previamente consultada, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada para aprofundar na investigação do conteúdo, a fim de explorar não apenas as respostas verbais, mas também os aspectos não verbais, como gestos, expressões faciais, entonações, sinais não verbais e outras formas de comunicação (Martins;Bógus, 2004).

Esta pesquisa cumpriu as determinações das Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) e Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016) resguardando os princípios éticas exigidos para pesquisas com seres humanos. Todas as informações necessárias foram descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A estratégia de análise de conteúdo dos dados coletados nas entrevistas foi realizada partir da técnica de Bardin (2016), que orientou a organização, codificação e categorização dos temas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta pesquisa teve a participação de oito entrevistadas, todas mulheres, sendo duas irmãs, duas tias e quatro mães de usuários.

Com o objetivo de resguardar a identidade e privacidade das participantes, foi utilizada a letra "F" seguida de um número, atribuindo a cada familiar entrevistada uma identificação única, como " F1", " F2", " F3" e assim por diante.

Os resultados identificaram que a lógica manicomial segue presente nos discursos dos familiares dos usuários de Caps, e há uma provável relação dessa presença com a suas perspectivas do transtorno e do tratamento. O efeito mais notável foi o da vigilância constante dirigida ao familiar com transtorno; pois a maioria das participantes relatou experiências de supervisão sobre o mesmo, frequentemente associadas à falta de confiança na capacidade do usuário de exercer autonomia.

A maioria das participantes disse não saber o diagnóstico do familiar e ter dificuldade de entender sobre os sintomas. Uma participante disse que o Caps não explicou sobre o transtorno: “vou lá, deixo ela conversando e vejo... às vezes ela canta, faz alguma coisinha lá, mas não explica” (F1).

A análise dos resultados permitiu organizá-los em duas categorias: 1. A superação da lógica manicomial e 2. A persistência da lógica manicomial.

### **4.1 A SUPERAÇÃO DA LÓGICA MANICOMIAL**

Embora os dados mais prevalentes da pesquisa entre familiares de usuários dos Caps sinalizem para a persistência da lógica manicomial, também comparecem nas respostas indícios de haver algumas mudanças em curso. Nesse sentido, destacaram-se as respostas sobre dois elementos importantes da lógica manicomial

que parecem ter se modificado para estes familiares em função da experiência de ter e acompanhar um membro da família em tratamento em Caps.

Um dos pilares da lógica manicomial é a internação, o isolamento como princípio do tratamento, entendimento que se construiu com Pinel e que parece estar sendo superado por este grupo de familiares. A lógica manicomial, dentre suas características, promove a exclusão da pessoa com transtorno do convívio social. Conforme discutido no referencial teórico, as internações ocasionam a ruptura nas relações entre o sujeito e seus familiares.

Superar essa perspectiva é indicativo de progresso, embora reconheçamos que essa não seja a única barreira a ser transposta. Os familiares apontaram que estão avançando em relação ao modelo asilar, sinalizando um passo adiante, pois segundo Amarante (2010, p.74) “a história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento [...]”.

Entre as participantes entrevistadas, apenas duas expressaram concordância com a internação, percebendo-a como uma alternativa favorável ao tratamento. Estes dois familiares afirmaram, sobre a internação, que “em parte ajuda, porque o tratamento com uma pessoa especializada no assunto, no caso os médicos, enfermeiros, entendeu? (F5), ou dizem concordar com este procedimento “devido ele não aceitar, devido ele não aceitar o medicamento. Se ele ficasse pra ficar lá internado... não, mas se ele ficasse lá, se ele ficasse lá... Já que ele não obedece, não quer o remédio, não precisa, não toma. Lá tem médico que é especializado pra isso” (F6).

No entanto, todas as demais participantes manifestaram a opinião de que a internação não seria uma boa opção para o tratamento de pessoas com transtorno mental, demonstrando recusa frente a este procedimento e compreensão de que o mesmo não é necessário para o tratamento, sendo, mesmo, violento e prejudicial.

Nesse sentido, alguns relatos incluem: “Eu acho uma agressão, eu não consigo internar” (F1); “como se não tivesse uma família... Afastada de tudo, a situação só piora” (F4); “A família, eu acho que é o lugar. É, assim, um indivíduo com esses problemas, eles têm que ser tratado em casa” (F7); “Quando você interna o paciente dentro das instituições, você quebra o vínculo familiar ou fragiliza ele” (F8).

As participantes que acreditam ser a internação uma alternativa benéfica a consideram assim ressaltando o papel dos médicos e medicamentos, evidenciando um foco na “doença” e não no sujeito, como a participante F6, que afirma que considera importantes o medicamento e a obediência, revelando a presença da institucionalização da loucura.

As demais participantes apresentam argumentos com um significativo volume de compreensão e experiências dos prejuízos da internação, como a participante. Assim, F2 diz: “Não, não desejo pra ninguém, meu Deus, eu tenho as histórias de manicômio, gente!” (F2). Já a participante F3 tem a compreensão clara que a internação não seria melhor para seu familiar, quando afirma “Ele não precisa de tá internado, se ele tiver lá, é pior pra ele”.

Sabe-se que apenas a saída dos hospitais não significa uma mudança na concepção manicomial, sendo necessárias mudanças mais profundas no entendimento do que é o sofrimento psíquico e sobre o seu tratamento. Assim, considerando os demais elementos destacados nos resultados, e que serão discutidos na próxima categoria, pode-se considerar que a concepção destes familiares equivale à de desospitalização

apenas. De todo modo, por representar uma mudança com relação ao senso comum que se pode relacionar ao fato de ter o familiar se tratando em um Caps, estas falas foram aqui agrupadas como representando uma mudança positiva.

Outro ponto importante que aponta para a possibilidade de mudança na lógica manicomial refere-se à crítica ao preconceito da sociedade para com as pessoas com transtornos mentais. Todas as participantes expressaram a crença de que a sociedade carrega preconceitos em relação a indivíduos com transtorno mental. Questionadas sobre este ponto, as respostas foram: "Com certeza" (F1), "Tem, tem preconceito" (F4), "Sempre existiu, né?" (F5).

Alguns familiares enfatizaram que o preconceito está presente até mesmo dentro das famílias, como ilustrado por uma participante que afirmou: "O preconceito maior é a família", destacando que seu esposo saiu de casa por não aceitar o diagnóstico do filho (F2). Outro familiar relatou: "Até eu já cometi isso, por não conhecer" (F3), enquanto outro relatou que já viveu experiências de preconceito "da família mesmo" (F4).

Essas constatações ressaltam a importância de conscientizar e combater os estigmas associados aos transtornos mentais presentes na sociedade, uma vez que essas experiências, além de causarem significativo sofrimento à pessoa com transtorno, também criam obstáculos para sua integração social.

#### 4.2 A PERSISTÊNCIA DA LÓGICA MANICOMIAL

Apesar da pesquisa evidenciar a resistência da maioria dos familiares em relação à internação como um indicativo possível de superação da lógica manicomial, identificam-se em outros elementos dos discursos a persistência dessa lógica.

Foi abordado anteriormente acerca da perspectiva de Oliveira (2011, p.53), que descreve uma série de posturas, olhares e maneiras que podem reproduzir violência e institucionalizar o sujeito o excluindo e estigmatizando. Neste sentido, os resultados obtidos revelaram que há presença de lógica manicomial no discurso dos familiares.

Abaixo descrevem-se trechos em que aparecem elementos que norteiam concepções manicomiais, evidenciando que, mesmo vinculados aos equipamentos da saúde mental, os familiares encontram-se influenciados pela perspectiva tradicional, não coincidindo com as práticas e princípios do cuidado psicossocial que devem ser defendidos pelos Caps. Na leitura de Costa-Rosa (2000), o que fica claro é que os familiares se manifestam ainda em conformidade com o modo asilar, não mostrando entendimentos do modo psicossocial.

Sobre isso, Kammer *et al.* (2020, p.38) mostram não haver uma garantia de que pessoas vinculadas aos serviços substitutivos serão automaticamente imunizadas contra a influência da lógica manicomial.

Abaixo seguem algumas percepções dos familiares que sustentam esta leitura dos resultados:

##### 4.2.1 Sobre a impossibilidade de autonomia

Das oito entrevistadas, apenas duas participantes acreditam que a pessoa com transtorno tem capacidade de ter autonomia, e apresentam os seguintes relatos: "Ele tem uma autonomia, ele já vai na padaria sozinho, ele tem 10 anos, agora já consegue

ir pra escola sozinho” (F2) e “Pode, pode sim, é claro que a questão do cuidado... ele tem uma autonomia, mas ele também tem uma certa dependência” (F8).

Estas participantes compreendem a importância de seu papel no desenvolvimento da autonomia dos seus filhos e buscam organizar estratégias e formas de cuidado para que isso aconteça em diversas áreas da vida deles.

Segundo Kammer, Moro e Rocha (2020, p.38):

Como propunha Basaglia no movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana, a real ruptura com paradigmas manicomiais relaciona-se, sobretudo, com criação de novos sentidos para a loucura. Para tanto, é necessário propor outra forma de cuidar, que coincide com a possibilidade de perceber os sujeitos em sua subjetividade capazes de serem autônomos em suas vidas.

Esta percepção reflete uma compreensão do sujeito para além do transtorno, compreendendo que há nele uma forma diferente de organização mental que lhe é peculiar e não deve ser violentada, mas auxiliada para alcançar o máximo de autonomia e qualidade de vida.

Contudo, a maioria dos discursos apresentaram a presença da lógica manicomial, evidente no entendimento de que a autonomia é inviável no caso de pessoas com transtorno mental, especialmente do usuário em questão.

Esses discursos trazem uma perspectiva de padronização do sujeito, conforme o seguinte relato: “[...] ter o espaço dele no normal, como ele tem que ir [...] vindo à igreja, voltando, andando o normal [...]. Ele não anda normal igual eu ando, assim... ele anda meio assim tremendo, sabe?” (F6).

Esta visão do homem normal emerge com uma barreira significativa para a autonomia do sujeito em sofrimento psíquico. Ela se manifesta como uma tentativa de impor racionalizações, isto é, de estruturar a subjetividade do outro conforme uma pretensa métrica moral e saudável.

Outros relatos aparecem sustentando a mentalidade de que a autonomia é impossível para quem tem transtorno mental, o que fica bem claro nas seguintes respostas à questão sobre se acreditam que a pessoa com transtornos pode ter autonomia: “Enquanto não faz um tratamento não tem como” (F1); “Ah, eu acho que não, tem que sempre ter uma acompanhante” (F3); “Não, não tem como não” (F4); “Não, nem tudo não, num tem não” (F5); “Não, ele é dependente da mãe mesmo, ele não responde por ele mesmo, toda a vida eu vou cuidar dele” (F6).

Esses e outros relatos similares refletem uma mentalidade de territorialização do sujeito, condicionando seus direitos e autonomia às medicalizações e atendimentos profissionalizados, que refletem sua concepção de tratamento, como aparece em outros relatos: “Vai no Caps você conversa com psicólogos, com psiquiatra (F1), “Mas assim, porque curar, curar, até hoje a medicação... Ela trata, mas ainda não vem a curar. Ela ajuda a amenizar a situação, entendeu?” (F5).

A fala de F6, uma das duas entrevistadas que defendem a internação, também deixa clara sua concepção, partilhada, neste ponto, pela maioria, de que a aceitação da medicação e os efeitos dessa referidos a tornar o usuário mais obediente e comportado é o que predomina:

A crise, como ele já deu várias crises, ele já foi no IAP e já foi 4 vezes com crise e quando ele toma o medicamento ele fica bem. Então, quando ele fica bem, aí ele não toma mais o remédio... Então, se tivesse um internamento pra ele, pra ele ficar lá durante o mês, até ele dizer assim: ‘Mãe, eu pensei, o



remédio é bom mesmo'. Então, quando ele conhece de lá pra cá, ele vinha outro, ele vinha outro, ele vinha obedecendo, tomar os medicamentos... porque ele não obedece, então o internamento seria muito bom pra ele (F6).

Percebe-se que as participantes avaliam a importância da medicação em escala superior em relação aos processos de cuidados psicossociais, evidenciando a influência dos modelos tradicionais regidos por uma visão biomédica dos tratamentos, muitas vezes em detrimento das condições subjetivas do usuário.

De acordo com Costa-Rosa (2000, p.152), no modo asilar há uma “Ênfase na consideração das determinações orgânicas dos problemas que pretende tratar, o que implica que o seu meio básico seja 'medicamentoso”.

Esta parece ser a percepção da maioria das entrevistadas desta pesquisa. Uma das participantes, por exemplo, mostra que reconhece a melhora de sua irmã que se trata em um Caps, mas relaciona esta melhora aos medicamentos: “Ela tá bem melhor, eu acho que tá uns 80% bem, mas tem que tomar medicamento certo” (F1). Esta mesma participante destacou outros fatores significativos de melhora da irmã, em sua avaliação, como a o acolhimento da comunidade religiosa, mas relaciona este ponto à irmã estar mais calma, o que, no conjunto de seu relato, se deve à medicação:

[...] eles [pessoas do Caps] já conversa com ela, já se sente melhor, e nessa igreja que ela tá indo, que tia L frequenta, também parece que as pessoas tá mais acolhedora com ela. Aí ela vai se sentir melhor, muita gente excluiu ela... Tem lugar que passo e digo: 'gente pode falar com ela que ela já acalmou, ela já está melhor'. Muita gente exclui antes ela... (F1).

A participante destaca a importância do convívio com pessoas do Caps e da comunidade religiosa para o bem-estar de sua irmã. No entanto, ela atribui quase exclusivamente aos medicamentos o progresso na saúde mental do familiar. Essa percepção evidencia a predominância de uma abordagem biomédica, que valoriza o papel dos medicamentos em detrimento de outros elementos sociais e psicossociais que também podem contribuir para a melhoria da saúde mental. Essa observação revela a necessidade de uma visão mais integrada e holística no entendimento do tratamento em saúde mental.

Reforçando a conclusão de que predomina a lógica manicomial no discurso das participantes, em função da negação da possibilidade de exercício da autonomia por parte da pessoa com transtorno evidencia-se, também, uma prática de vigilância constante, conforme a seguir: “Então, eu acho que não deve deixar, mesmo tendo um bom comportamento, entendeu? Não deve deixar andar sozinho” (F3); “Eu vigio muito, eu tomo conta demais, então assim, eu sou meio suspeita pra falar, mas depende muito, viu?” (F7); “Tem que sempre ter uma acompanhante” (F3), “... ficar atrás dela, vigiando ela” (F1).

A postura de vigilância, embora bem intencionada, reflete uma colisão do próprio serviço no qual onde estão inseridas, tanto usuários quanto os familiares.

De acordo com Neves e Omena (2016, p.66):

A criação dos CAPS como serviços substitutivos, representou a mudança na assistência à loucura. O CAPS é, por definição, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que tem como foco a atenção integral e territorial ao usuário em sofrimento mental grave, atenção essa chamada de psicossocial. A Atenção Psicossocial tem como paradigma o cuidado em liberdade, de forma que esse cuidado se volte para os modos de vida do sujeito e vá além do diagnóstico e da doença, tendo como desafio a produção de novos modos de cuidado, novos modos de pensar e estar com as pessoas, baseados na

flexibilização de normas, na singularidade e na abertura aos familiares e à comunidade dentro de um determinado território.

As autoras destacam aspectos fundamentais do cuidado que não convergem com a vigilância constante, como atenção integral, isto é, a visão do sujeito para além de um transtorno encarnado, cuidado em liberdade, possibilitando usufruir do seu direito de ir e vir enquanto cidadão, novos modos de pensar e estar com as pessoas e flexibilização das normas, o viabiliza um cuidado humanizado.

As participantes responderam sobre suas expectativas em relação ao tratamento dos seus familiares, descrevendo o que representaria um bom resultado. Os discursos indicaram que um bom resultado seria os usuários ficarem bem e aderirem ao tratamento: "Eu queria que ela acalmasse" (F1); "Eu queria quero ver meu filho bem" (F2); "Que ele ficasse mais calmo" (F3); "Espero que ela melhore" (F4); "A gente ajuda, a gente trata, porque a gente quer ver a cura" (F5); "Espero dele a melhora, espero dele ver ele bem, espero que através do tratamento eu veja ele bem" (F6). Embora não fique claro em todas as respostas o que seria este 'ficar bem', no conjunto dos relatos há indicação de que se refira a ficar calmo, obediente e tranquilo, reforçando a perspectiva manicomial do discurso dos usuários. Da mesma forma a expectativa de 'cura' o que indica ainda entenderem haver uma doença a ser curada com vistas à normalização.

#### **4.2.2 Sobre o suporte e participação familiar no tratamento**

Todas as participantes enfatizaram a importância de darem suporte ao tratamento dos usuários. Todavia, a forma de participação e apoio se pauta, também, numa perspectiva manicomial de cuidado.

Algumas estratégias utilizadas para apoiar o usuário em seu tratamento foram compartilhadas, como relata uma participante: "Tá na hora de a gente tomar o remédio, eu vou tomar o meu, você toma o seu, vai pegar o copo de água" (F1). Ao mesmo tempo que este exemplo demonstra criatividade na superação de desafios práticos, mantém-se centrado no uso da medicação e ainda expressa certa infantilização e tutela sobre o usuário.

Segundo Tenório (2001, p. 52), há uma tensão entre cuidado e tutela, pois "nesse fio delicado, entre mandato terapêutico e mandato social de exclusão, têm sido construídas as formas renovadas de aproximação com a loucura".

Os Caps têm a responsabilidade de facilitar a conexão das famílias com a perspectiva do cuidado psicossocial, em que a intervenção biomédica é um elemento, não o protagonista. Muitos familiares afirmaram não receber informações sobre diagnóstico, tratamento, atividades para familiares e etc. Assim, destaca-se a necessidade de os serviços serem mais eficazes ao transmitir aos familiares os princípios humanizadores do tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Observaram-se casos de renúncia, como o relato de uma participante que diz ter aberto mão de planos pessoais para estar sempre presente: "Deixei de ter uma vida futura, entendeu? Pra estar sempre do lado dela, entendeu?" (F5). Outro familiar destacou a dedicação constante: "Minha participação é presente. Toda a vida eu estou ali junto dele. Eu nunca disse que ele é um peso para mim, sempre cuidando com amor. Eu deixei de trabalhar" (F6).

Esta forma de participação ativa dos familiares revela-se como um equilíbrio delicado, como relatado por uma participante, que compartilhou sobre delegar

responsabilidades diretamente ao usuário: "Dou o suporte necessário que ele precisa, hoje se eu só delegar a ele essa função de ir às terapias, às consultas médicas e tomar o remédio dele certinho. Ele não consegue cumprir essa jornada aí 100%, precisa do meu suporte por de trás... Ele até se nega a ir à terapia sozinho, acho que acostumou com a minha presença, algumas vezes eu precisei que ele fosse sozinho, ele teve resistência" (F8).

Nesse contexto, percebe-se uma fronteira delicada entre o envolvimento ativo do familiar e a autonomia do usuário, ampliando a complexidade de sua função. Isso destaca que, apesar das boas intenções, as implicações dessa participação não se mostram positivas no sentido de contribuir para a autonomia do sujeito. Além disso, essa participação parece desvinculada do serviço, evidenciando a falta de mudança na concepção manicomial em relação à interação com o serviço.

Outro aspecto desfavorável da participação foi a percepção de que o transtorno causa sofrimento nos familiares, sugerindo erroneamente que o sujeito em sofrimento psíquico intenso é a fonte do mal-estar familiar, conforme a participante F5: "Ah, pra D eu faço tudo e pra ela eu sou tudo, só é desgastante pra mim [...] porque de todas as doenças (se referindo à esquizofrenia), é a que mais destrói. Você está entendendo? Ela destrói, não é só a própria pessoa em si, a batalha em si, e tudo, em especial o cuidador, porque se torna uma vítima, se eu cuido de D, eu trato ela tudo, então eu me torno, eu sou uma vítima dela".

Na realidade, quando mencionam sofrimento, estão se referindo a questões socioeconômicas, como discriminação social e falta de recursos para acesso a medicamentos, conforme relato da F2: "na minha opção entre comprar um alimento, comprar uma medicação, mesmo que eu atrapalhe o tratamento do meu filho, mas eu tenho sou mãe de vários outros filhos. Então, tem aquela opção, entre aquele mês eu comprar uma medicação, a medicação que poderia, sabe, tá mais fácil pra gente, né, na condição".

Estas percepções evidenciam a importância da presença mais ativa dos familiares juntos aos caps, não apenas para o bem-estar dos usuários, mas também para o desenvolvimento de estratégias relevantes que abordem tanto as necessidades psicossociais quanto os desafios socioeconômicos enfrentados por essas famílias.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve como objetivo geral analisar a possível presença e os efeitos da lógica manicomial entre os familiares de pessoas que fazem tratamento em Caps. Sabe-se, conforme abordado na literatura e em discussões, que a família desempenha um papel fundamental no processo de cuidado em liberdade. Neste sentido, é relevante compreender as percepções dos familiares sobre os transtornos e o tratamento, pois estão diretamente implicados neste processo.

Através de entrevistas com roteiro previamente elaborado, buscou-se investigar a compreensão dos familiares sobre o transtorno, o tratamento e sua participação nos processos de cuidado. Dessa maneira, produziu-se o material para analisar a presença ou não da lógica manicomial e identificar seus efeitos.

O problema de pesquisa que buscou ser respondido nesta pesquisa foi: A lógica manicomial ainda se faz presente entre os familiares de usuários dos Caps e, se sim, quais os seus efeitos entre estes? Os resultados possibilitaram considerar que o objetivo da pesquisa foi alcançado e o problema de pesquisa respondido. Foi possível

analisar os dados coletados e identificar que predomina a presença da lógica manicomial na maior parte dos discursos, especialmente em relação à descrença na possibilidade de autonomia da pessoa com transtorno mental, e nas expectativas de “cura” como equivalente a um comportamento calmo, ‘normal’ e disciplinado/obediente. Isso revela equívocos quanto à experiência do transtorno mental, refletindo em uma atitude dos familiares de constante vigilância, controle e tentativa de “normalizar” o familiar usuário dos Caps, reproduzindo violência e estigmatização.

Ao mesmo tempo, os discursos das participantes revelaram uma mudança significativa de perspectiva entre os familiares, indicando uma superação da crença de que a internação é a opção mais adequada para o cuidado dos usuários. Há uma resistência a essa prática, agora considerada prejudicial ao bem-estar dos sujeitos. Todavia, considerando o conjunto das respostas, observa-se que, embora não deixe de ser um avanço, a compreensão dos familiares equivale a de desospitalização das pessoas, não alcançando uma mudança que reflita terem sido alcançados pelas noções da desinstitucionalização.

Diante dessas descobertas, torna-se relevante repensar estratégias de intervenção para desconstruir percepções distorcidas e promover mudanças em direção a uma perspectiva de atenção psicossocial e antimanicomial. Preocupa o fato de o cuidado nos Caps não estar atingindo os familiares no sentido de não promover nestes uma mudança das concepções manicomiais/asilares. O papel estratégico dos Caps não será cumprido se não houver mudanças produzidas pelo cuidado em liberdade.

Acredito que o impulso em direção a pesquisas que almejem uma compreensão mais aprofundada da delicada e complexa função do familiar-cuidador possa contribuir para a construção de instrumentos, práticas e orientações que ampliem as potencialidades do cuidado integral comunitário e em liberdade ao sujeito em sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07082018. Acesso em: 12 set. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria\\_loucura\\_apostila\\_monitoria.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf)  
. Acesso em: 10 out. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 15 ago. 2023.

CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 615-634.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

DELGADO, P. G. G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 29 mai. 2023.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E. Conceitos de família: adolescentes de zona rural e urbana. In: VALLE, T. G. M. (org.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 121-135.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GOULART, M. S. B.; DURÃES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 112-120, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100014>. Acesso em 06. nov, 2023.

KAMMER, K. P.; MORO, L. M.; ROCHA, K.B. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 36-50, abr. 2020. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 06 dez. 2023.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p.615-634.



LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>. Acesso em 23 mai. 2023.

MACHADO, L.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (org.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58

MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da família no tratamento em saúde mental como prática no cotidiano do serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, e324216, 2016. DOI: 10.1590/0102.3772e324216. Acesso em 23 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

NEVES, A. S.; OMENA, N. A. A clínica de família no Centro de Atenção Psicossocial III: psicose e configurações vinculares. **Vínculo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 65-80, jun. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902016000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 06 dez. 2023.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.44-57, set. 2004.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 42–56, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v1i2.68473>. Acesso em: 6 dez. 2023.

RIO fecha o Instituto Juliano Moreira, último manicômio da cidade. G1 Rio, 26 out. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2022/10/26/rio-fecha-o-instituto-juliano-moreira-ultimo-manicomio-da-cidade.ghtml>. Acesso em: 8 dez. 2023.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, n. 34, p. 146-160, 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 21.jun.2023.

SILVA, T. A.; DE PAULA JÚNIOR, J. D.; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 21, n. 2, p. 346-363, 2018. DOI: 10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, V. *et al.* **A importância do suporte familiar no tratamento dos pacientes do Caps**. Trabalho apresentado na Semana de Enfermagem 2022. Juara, MT,

2022. [https://eventos.ajes.edu.br/semana-enfermagem-juara/uploads/arquivos/64f77f233576a\\_A-IMPORTANCIA-DO-SUORTE-FAMILIAR-NO-TRATAMENTO.pdf](https://eventos.ajes.edu.br/semana-enfermagem-juara/uploads/arquivos/64f77f233576a_A-IMPORTANCIA-DO-SUORTE-FAMILIAR-NO-TRATAMENTO.pdf). Acesso em 15 nov. 2023.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; Marca D'Água, 2001.