

Desafios para o cuidado em saúde mental: a perspectiva dos pacientes com esquizofrenia e seus familiares

Challenges for mental health care: the perspective from patients with schizophrenia and their families

Izabella Cristina Ruas Almeida, Anna Caroliny Cardoso, Ananda Tuany Neves Vitorino, Hanna Beatriz Bacelar Tibães, Aline Soares Figueiredo Santos, Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro, Eveline Andries de Castro

Autoria

Metadados

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é considerada a principal forma de psicose, em razão de sua frequência e relevância clínica, ocasionando prejuízos sociofuncionais e sobrecargas aos familiares. **Objetivo:** Analisar, na perspectiva dos pacientes com esquizofrenia e de familiares de seu convívio, o acesso à saúde nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. A população foi composta por pacientes com esquizofrenia e familiares de seu convívio, cadastrados nas equipes de Saúde da Família que contam com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros. A amostra intencional se deu por saturação teórica. Os dados foram coletados por meio de semiestruturadas e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo Temática. **Resultados e Conclusão:** Foram entrevistados 18 participantes. Emergiram três unidades de análise: O significado de viver com necessidades em saúde mental: perspectivas de pacientes e familiares; desafios da assistência à saúde mental na RAPS; e percepções de pacientes e familiares/cuidadores sobre a assistência em saúde mental. Destacaram-se sentimentos positivos e negativos, bem como as dificuldades relacionadas ao convívio com o transtorno mental. Fatores associados às dificuldades de acesso ao cuidado nos serviços, tais como a ênfase no atendimento medicamentoso, fragilidades na intersetorialidade e dificuldade de acesso ao profissional, foram evidenciados como desafios da assistência. Ademais, a maioria dos entrevistados reconheceu o acolhimento dos profissionais e o apoio familiar como elementos fundamentais para lidar com os desafios associados à esquizofrenia.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Estratégia de Saúde da Família. Esquizofrenia. Cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is considered the main form of psychosis due to its frequency and clinical relevance, causing socio-functional impairments and burdens for families. **Objective:** To analyze, from the perspective of patients with schizophrenia and their family members, access to healthcare within the Psychosocial Care Network (RAPS) services in a municipality in the countryside of Minas Gerais, Brazil. **Methodology:** This is a descriptive, qualitative study. The population consisted of patients with schizophrenia and their family members enrolled in Family Health Strategy teams supported by the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health at the State University of Montes Claros. The intentional sample was defined by theoretical saturation. Data collected through semi-structured interviews were analyzed using Thematic Content Analysis. **Results and Conclusion:** Eighteen participants were interviewed. Three units of analysis emerged: The meaning of living with mental health needs: perspectives of patients and family members; Challenges of mental health care in the RAPS; and Perceptions of patients and family members/caregivers regarding mental health care. Both positive and negative feelings were highlighted, along with the difficulties of living with mental illness. Factors related to difficulties in accessing care services—such as medication management, intersectoral collaboration, and limited access to professionals—were identified as challenges in care. Most participants acknowledged that professional support and family involvement were fundamental to coping with the challenges associated with schizophrenia.

KEYWORDS: Mental Health. Family Health Strategy. Schizophrenia. Care.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada na Lei nº 10.216, de 2 de abril de 2001, visa garantir a proteção e o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais. No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, refuta-se, na conjuntura, o paradigma manicomial para ressaltar, com base no modelo de atenção psicossocial, a relevância da desinstitucionalização, da inclusão social e da oferta de um cuidado integral, multidisciplinar e humanizado, realizado em serviços abertos, de base territorial e comunitária, articulados em rede.¹

Nessa direção, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011, organiza os fluxos de atendimento aos usuários com queixas relacionadas ao sofrimento mental, de menor ou maior complexidade, nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo ações intersetoriais com vistas à ampliação dos recursos assistenciais. Considera-se, como forma ideal de cuidado, a responsabilização compartilhada dos casos entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da atenção especializada.^{2,3}

Na APS, as demandas em saúde mental direcionadas às equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF) são acolhidas de modo longitudinal ou encaminhadas, nos casos que requerem tratamento especializado, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. Com a recente possibilidade de implantação de equipes multiprofissionais na APS (e-Multi), compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento para atuação complementar e integrada, almeja-se o fortalecimento da resolutividade e da qualidade das ações.³⁻⁶

Nos CAPS, o cuidado é direcionado, prioritariamente, às pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, em situações de crise ou em condições de significativas dificuldades no convívio sociofamiliar, bem como àquelas que, mesmo em face da melhora do quadro clínico, ainda necessitam de acompanhamento direto pelas equipes. Na perspectiva de um atendimento não intensivo, o cuidado pode correr quando já não se faz necessário suporte contínuo, possibilitando que os usuários vivam em seus territórios e desenvolvam suas atividades cotidianas com maior autonomia.⁸

No entanto, em contextos de vulnerabilidades relacionados a circunstâncias macrossociais e/ou pessoais/subjetivas – tais como a inexistência ou insuficiência de renda, a ausência de acolhimento e/ou de atendimento qualificado, o uso irregular de medicação, a fragilização de vínculos afetivos e relacionais, a ausência/insuficiência de apoio familiar e social, além da presença de estigmas e discriminações, entre outros – observam-se obstáculos ao estabelecimento e a continuidade do cuidado nos serviços de saúde, especialmente no que se refere aos usuários com transtornos mentais de maior complexidade, dentre os quais se destaca

a esquizofrenia.⁷⁻¹⁷

Considerada a principal forma de psicose, em razão de sua frequência e importância clínica, a esquizofrenia caracteriza-se, de modo geral, pela desorganização do pensamento e do comportamento, com expressiva alteração da relação eu-mundo. Os primeiros sintomas costumam manifestar-se na adolescência ou no início da vida adulta, incluindo isolamento social, negligência com a higiene pessoal, alucinações, delírios e distanciamento afetivo, entre outros. Períodos de crise aguda intercalam-se com fases de estabilização, e a sintomatologia, variável conforme as características individuais e a evolução do quadro ao longo do tempo, tende a se agravar, ocasionando prejuízos sociofuncionais nas atividades básicas e instrumentais da vida diária.^{18,19}

Nesse contexto, a convivência com o familiar com esquizofrenia modifica a rotina e a dinâmica familiar, laboral e social, implicando sobrecargas objetivas e subjetivas. Considerando que a família constitui o principal espaço de convívio da pessoa adoecida, os familiares passam a assumir, de forma progressiva, responsabilidades relacionadas ao cuidado, podendo vivenciar sentimento de culpa, angústia, entre outros. Assim, o suporte para o enfrentamento dessas situações deve ser ofertado pelos profissionais de saúde, na perspectiva da corresponsabilização do cuidado e da assistência.^{8,11}

À luz dessas considerações e tendo em vista a relevância do acesso universal e da equidade em saúde, especialmente no que se refere à oferta de cuidado contínuo e qualificado às pessoas com transtornos mentais, questiona-se quais fatores constituem barreiras à sua efetivação. A compreensão dos obstáculos vivenciados possibilita a implementação de intervenções locais e regionais capazes de responder às necessidades dessa população e, de modo ampliado, subsidiar a formulação e o aprimoramento da agenda de políticas públicas.

A pergunta norteadora foi: Quais são as barreiras de acesso de pacientes com esquizofrenia e de familiares de seu convívio aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) disponíveis em um município do interior de MG?

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar, na perspectiva dos pacientes com esquizofrenia e de familiares de seu convívio, o acesso à saúde nos serviços da RAPS em um município do interior de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no período de setembro de 2023 a fevereiro de 2024, em um município do interior de Minas Gerais.

A população foi selecionada com base nos prontuários das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) e do Centro de Atenção

Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), sendo composta por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e familiares de seu convívio, cadastrados nas eSF das UAPS que contam com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Considerou-se que essas equipes possuem processos de trabalho organizados e consolidados, além de terem realizado levantamento epidemiológico dos pacientes de saúde mental.

A escolha dos participantes, sendo um paciente com diagnóstico de esquizofrenia e um familiar por UAPS, foi realizada por meio de sorteio, totalizando 18 participantes selecionados. A amostra foi intencional, representativa, sem a definição prévia do número de participantes, sendo determinada pelo critério de saturação teórica. A inclusão de novos participantes foi interrompida quando os dados coletados não refletiram mais as tendências prevalentes do grupo pesquisado, com repetição das informações.

Foram incluídos pacientes diagnosticados como esquizofrênicos, com idade compreendida entre 12 (doze) a 60 (sessenta) ou mais anos, bem como familiares de seu convívio, cadastrados nas eSF pesquisadas, desde que não estivessem em situação de urgência em saúde mental, consideradas, no contexto da APS, como situações de crise. Foram excluídos aqueles que não autorizaram a gravação da entrevista, que residiam sozinhos ou que apresentavam, concomitantemente, outro diagnóstico psiquiátrico.

Mediante agendamento prévio, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelas pesquisadoras nas UAPS de referência dos participantes, no período de setembro a novembro de 2023. Os ambientes selecionados atenderam aos critérios de privacidade e comodidade. A realização das entrevistas foi precedida de visitas domiciliares destinadas a esclarecer os objetivos do estudo, sendo efetivada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), conforme aplicável. As falas foram gravadas em áudio, mediante autorização dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra para análise temática.

Os participantes foram os pacientes e seus respectivos cuidadores/familiares, ambos entrevistados separadamente, por meio de roteiro semiestruturado composto por questões que contemplaram informações socioeconômicas (idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação/profissão, fonte de renda e grau de parentesco) bem como dificuldades vivenciadas no acompanhamento e tratamento nas eSF e/ou no CAPS I e CAPS II. Para sua validação (interna), foi realizado previamente um teste piloto, com a aplicação de duas entrevistas junto a indivíduos do público-alvo da pesquisa, o que possibilitou a realização dos ajustes necessários e a adequação aos objetivos propostos na pesquisa.

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, adotou-se a codificação alfanumérica, utilizando-se a letra “P” para identificar os pacientes e “FP” para os familiares dos

pacientes, seguidas de numeração sequencial (P1, P2, FP1, FP2 e, assim, sucessivamente).

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática. A organização da análise de conteúdo ocorreu conforme três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise constitui na organização e sistematização do material coletado. Na etapa seguinte, realizou-se a exploração do material, com mais perspicácia, por meio da codificação, decomposição e enumeração das unidades de registro. Posteriormente, procedeu-se ao tratamento dos resultados, o que possibilitou a realização de inferências e interpretações dos dados, correlacionando os achados aos objetivos do estudo.²⁰

O estudo atendeu aos princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes (parecer n.º 6.308.288; CAAE n.º 72842423.5.0000.5146).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 sujeitos, sendo nove pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e nove familiares, com os seguintes graus de parentesco: mãe, pai, irmãos, filhos e cunhado.

Quanto ao perfil sociodemográfico, observou-se variação na faixa etária, compreendida entre 20 a 80 anos. Do total de participantes, nove são do sexo feminino e nove do sexo masculino. A maioria (14) autodeclarou-se parda, enquanto quatro autodeclararam-se negros. No que se refere à escolaridade, dez participantes concluíram o ensino fundamental, seis concluíram o ensino médio e dois possuíam ensino superior. Em relação à ocupação, seis eram aposentados, uma era dona de casa e cinco exerciam, individualmente, as seguintes profissões: servidor público, mecânico, professora, controlador de acesso e auxiliar de serviços gerais. Os demais participantes não declararam nenhuma ocupação. Apenas três dos entrevistados relataram receber bolsa de fundo social.

Neste estudo, a análise dos dados possibilitou a categorização de três unidades: O significado de viver com necessidades em saúde mental: perspectivas de pacientes e familiares, Desafios da assistência à saúde mental na RAPS e Percepções de pacientes e familiares/cuidadores sobre a assistência em saúde mental.

O significado de viver com necessidades em saúde mental: perspectiva de pacientes e familiares

Emergiram sentimentos relacionados à saúde mental de pacientes com necessidades em

saúde mental e de familiares/cuidadores. Os depoimentos evidenciaram, predominantemente, aspectos negativos, embora também tenham sido identificados elementos positivos e as dificuldades vivenciadas no cotidiano.

A partir da perspectiva dos pacientes, foi possível identificar sentimentos como agitação e inquietação no dia a dia. Outros significados atribuídos ao viver com doença mental também foram relacionados, destacando-se relatos de gratidão por estarem vivos e por terem acesso ao acompanhamento médico:

“Tem dia que eu não estou boa, não. Tem dia que eu não quero ficar em casa, quero sair, sair andando, né? E às vezes tem vontade de fazer as coisas, outras vezes não, às vezes tem vontade de sair, não saio, fico enrolando, visto roupa, tiro roupa, então é assim”. (P4)

“Alguma dificuldade? Enfrento, né? Uma hora a gente tá bem, outra hora a gente tá mal. É transtorno bipolar, mudanças de humor, né? Uma hora eu tô bem, outra hora eu tô mal. Aí eu enfrento”. (P5)

“Eu me sinto feliz, né? Porque eu tô... tô... vivo, né? E sempre agradeço a Deus por estar, né? com esse acompanhamento, esse acompanhamento médico aí, a coisa melhorou um pouco, mas se não tivesse...” (P9)

Sob a perspectiva dos familiares, percebeu-se a demonstração de sentimentos de preocupação e medo acerca das dificuldades vivenciadas pelo paciente em momentos de crises, como relata este familiar:

“Quando ele fica agitado, tem pessoas que não compreendem, né? Então a gente tem muito medo dele até parar na rua e fazerem alguma coisa com ele”. (FP8)

As manifestações sintomatológicas, por vezes pouco compreendidas pela população, expõem sentimentos de medo por parte dos familiares. No depoimento do FP8, evidencia-se o papel central da família na proteção e no cuidado da pessoa com necessidades em saúde mental, haja vista o risco de exposição a diferentes formas de violência e preconceito ainda presentes no meio social:

“A não ser na borracha da polícia que era batendo nele, espancando ele, era eu chamando o corpo de bombeiros para segurar ele na rua, para ir atrás dele na rua, para pegar ele e trazer para casa”. (FP8)

Foram destacadas, ainda, as dificuldades enfrentadas pelo familiar/cuidador, as quais impactam negativamente seu contexto de vida. Nota-se, no discurso de FP5, que a convivência com a pessoa com esquizofrenia pode desencadear prejuízos na qualidade de vida tanto do paciente quanto dos familiares, tais como alterações no raciocínio e ansiedade:

“Raciocínio fica um pouco devagar, às vezes fica muito acelerado. Às vezes a pessoa fica muito ansiosa, muito agitada e acaba passando a agitação para o familiar, né? Que tem que enfrentar isso um dia após o outro”. (FP5)

É possível notar também outras dificuldades relatadas pelos familiares FP1 e FP4, tais como o enfrentamento de episódios de agressividade, a idade avançada do cuidador e a falta de paciência adquirida pelas circunstâncias vivenciadas:

“A dificuldade é porque ele se torna agressivo, né? E a gente está em idade avançada... As forças diminuíram e... também a paciência, né? Aí a gente tem hora que a gente perde a... a compostura ou... a lucidez, ficar com dois malucos dentro de casa”. (FP1)

“E eu tinha muita dificuldade também, porque ele também ficava em estado catatônico, parado, mas só ali. Mas se viesse... alguém para pegar ele, aí ele virava uma fera, ele é magrinho, ele transformava num gigante, você está entendendo?” (FP4)

A apresentação clínica do transtorno esquizofrênico, caracterizado por sintomas positivos e/ou negativos que geram alterações comportamentais, é acompanhada de intenso sofrimento e limitações.¹⁸ As significativas mudanças na vida, refletidas nas dimensões afetiva, familiar, social e financeira, evidenciam, entre outras consequências do convívio com a esquizofrenia, sentimentos de menos-valia e de não ser compreendido pelos familiares e amigos.^{17,21}

O cuidado representa, para a família, um grande desafio. Na perspectiva de uma assistência profissional que respeite a cidadania e a singularidade do paciente com esquizofrenia, observa-se que o acolhimento de seus sentimentos e sofrimentos, bem como dos familiares, pode produzir, entre outros aspectos, alívio das emoções, resolução de problemas, fortalecimento da autoestima e, nesse sentido, melhoria na qualidade de vida.^{17,21}

Desafios da assistência à saúde mental na RAPS

O estudo destacou, ainda, fatores relacionados às dificuldades de acesso ao cuidado nos serviços, entre eles: atendimento medicamentoso, intersetorialidade e dificuldade de acesso ao profissional.

Outra problemática apontada pelos pacientes e familiar/cuidador foram os problemas conjunturais dos serviços, como empecilhos à efetivação de ações em saúde mental, uma vez que se torna difícil desenvolver a assistência preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental devido a dificuldades de recursos estruturais e materiais nesta realidade.

Para o participante PF1, a dificuldade de conseguir atendimento imediato perpassa pela grande demanda de atendimento na APS, o que impede que os profissionais tenham maior tempo para se dedicarem a usuários com este perfil:

“Olha, sempre a gente busca, mas nem sempre atendido na hora, porque a procura é muita. É isso que eu disse, a distância e o profissional. Porque o profissional nem sempre tem profissional lá na hora para atender. Isso é uma dificuldade”. (PF1)

Embora existam estratégias de intervenção em saúde mental na APS, nota-se, na prática, fragilidade na articulação entre os pontos de atenção da RAPS, o que compromete a garantia de acesso dos usuários com queixas relacionadas ao sofrimento mental a serviços com o nível de complexidade adequado para a condução terapêutica necessária. O depoimento de PF4 corrobora a dificuldade enfrentada pela família para obter atendimento à pessoa em situação de crise:

“Eu acho que se deixa a desejar no atendimento do paciente em crise. Porque quando o

paciente está em crise, a família do paciente não tem um apoio legal da instituição, em geral. Mas, é insuficiente porque o sistema é falho e não dá um suporte pra gente fazer o transporte daquele paciente. Porque você chama o bombeiro, ele logo não vem. Ele fala que não vai vir, que a família que tem que providenciar o transporte, a remoção do paciente. E o que acontece? Ele corria risco de vida na rua, porque ele não trazia na testa a estrela, que era a esquizofrenia. E as pessoas não iam entender, como já aconteceu de estar a pessoa sentada na porta, e ele de repente entrar dentro da casa da pessoa. Então realmente o sistema precisa apoiar mais quando se trata de uma emergência e que precisa fazer um acolhimento no hospital". (FP4)

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Mental preconiza o cuidado territorializado e organizado em rede. Como as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), a RAPS configura-se uma organização poliárquica de serviços que, mediante ações cooperativas e interdependentes, busca ofertar atenção integral e continuada à população.² Diante da complexidade do campo da saúde mental, da crescente demanda pela assistência e da necessidade de transversalidade com outras políticas sociais, a efetivação do cuidado interprofissional, na perspectiva setorial e intersetorial, constitui o atual desafio para o enfrentamento das diferentes realidades de saúde e da fragmentação das ações.^{5, 22}

Assim como em outras realidades municipais, verifica-se que as lacunas nos modos de articulações entre os serviços impactam negativamente o desenvolvimento de ações voltadas à operacionalização deste cuidado. Contudo, evidências de diversos estudos indicam avanços nesse sentido. Na APS, principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das ações e serviços disponibilizados na rede, tem sido implementadas inovações no processo de trabalho, com o objetivo de fortalecer a articulação entre os serviços e promover assistência de maior qualidade.^{5,9}

Portanto, em consonância com os direitos humanos e civis assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e com a proteção e a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais preconizadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, o prosseguimento das mudanças deve suscitar continuamente interesse renovado dos gestores e profissionais na articulação entre política e clínica, de modo a ampliar os impactos positivos nos processos de cuidado.

Percepções de pacientes e familiar/cuidadores sobre a assistência em saúde mental

Os apontamentos acerca da percepção da assistência à pessoa com necessidades em saúde mental na APS, representados nas falas de P5 e FP5, iniciam-se elencando ao atendimento/recepção das pessoas em sofrimento mental tanto na unidade de saúde quanto no CAPS, assim como a realização da visita domiciliar da equipe da APS:

“Sou bem recebida. As meninas me recebem muito bem. Na unidade e no CAPS também”.
(P5)

“Sim. É bem acolhido. Elas constantemente fazem visita, né, perguntam como é que ela tá, acompanham a glicose dela, né, a pesagem, tem o acompanhamento pra poder renovar as receitas dos medicamentos e tal”. (FP5)

O acolhimento é fundamental para a promoção da saúde mental, pois contribui para a criação de um ambiente que favorece a confiança e a comunicação aberta entre os profissionais e os usuários dos serviços. O reconhecimento do tratamento acolhedor alinha-se com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatiza sua importância no cuidado em saúde mental, visando reduzir o estigma e promover a inclusão social.²³

“Sou bem acolhido. A gente chega, a gente é bem entendido, eles têm aquela paciência com a gente, sem brigar. A gente que tem esses problemas assim, tem coisas que explica e a gente não entende direito”. (P9)

“Porque todas as vezes que a gente procura, estão sempre tentando ouvir e tentar sanar o problema da melhor forma possível”. (FP9)

“Essas meninas que trabalham aí. Eu dou atenção extraordinária, principalmente essa que acompanha a gente aqui”. (FP1)

A maneira como os profissionais recebem os usuários, demonstrando empatia e respeito, contribui para a construção de um ambiente e vínculos terapêuticos. A presença constante do ACS, por meio de visitas domiciliares regulares e do acompanhamento de aspectos relacionados à saúde física e mental, expressa uma abordagem holística do cuidado. Dessa forma, ele é um profissional que desempenha um papel significativo na promoção da integralidade no SUS, atuando como elo entre a comunidade e os serviços de saúde.²⁴

Refletindo a relevância do acolhimento, da paciência e da atenção individualizada para o estabelecimento do cuidado, as falas estão em consonância com abordagens centradas no paciente, preconizadas por organizações de saúde, e evidenciam a importância de práticas humanizadas e empáticas no atendimento em saúde mental. O compromisso do ACS com os problemas da população contribui para a construção de uma relação de confiança, alicerçada na expressão do seu compromisso profissional. Nesse contexto, observa-se que os usuários dos serviços percebem que o trabalho desenvolvido se direciona para a garantia do direito à saúde e para a melhoria da qualidade de vida, valorizando as recomendações recebidas.²⁵

Nesse cenário, a visita domiciliar configura-se como um importante instrumento na abordagem à pessoa com necessidades em saúde mental pelos profissionais da saúde. Essa ação é evidenciada na fala de FP5, que aponta, entre as atividades realizadas, o acolhimento do paciente, a realização do teste de glicemia capilar, a pesagem e a renovação de receitas de medicamentos:

“Ele é bem acolhido. Elas constantemente fazem visita, né, perguntam como é que ela tá, acompanham a glicose dela, né, a pesagem, tem o acompanhamento pra poder renovar as receitas dos medicamentos e tal”. (FP5)

Outro aspecto de grande relevância, evidenciado nos desafios da assistência em saúde mental, refere-se ao apoio familiar, percebido nas falas dos entrevistados. Os depoimentos

apontam para o comprometimento das famílias em oferecer suporte aos familiares com esquizofrenia, mas também apontam para desafios significativos enfrentados por esses cuidadores no cotidiano do cuidado.

A primeira fala destaca o apoio da família, entretanto, é importante considerar que o suporte emocional, embora fundamental, muitas vezes não é suficiente para lidar com os desafios associados à esquizofrenia. Dessa forma, o suporte emocional deve ser complementado por intervenções práticas, como acesso a tratamentos psicossociais e medicamentos. A qualidade desse apoio emocional pode ser crucial para o bem-estar do paciente, contudo, torna-se necessária a associação com abordagens terapêuticas baseadas em evidências científicas.

“Minha família toda me apoia”. (P5)

“Nós somos muito um pelo outro. Então nós somos uma família... dizer-se de baixa renda, né. Nós somos uma família bem unida, uma família que um acode o outro nas horas necessárias. Principalmente eu sou bem olhado pela família, sabe?” (P9)

“Não pode faltar, não. Porque se faltar o apoio, se faltar a busca, a gente passa mais dificuldade”. (FP1)

O depoimento destaca a importância da manutenção do apoio e da busca constante por recursos de cuidado, evidenciando a necessidade contínua de suporte às pessoas com esquizofrenia. Esse aspecto ressalta a demanda por sistemas de saúde mental mais robustos, que ofereçam assistência contínua e acesso facilitado a serviços especializados.

Ademais, os desafios enfrentados pelos familiares/cuidadores no cotidiano trazem implicações significativas para o processo de cuidado. Percebe-se, na fala de FP7, a menção a situações que “não dão para negociar”, o que evidencia as dificuldades práticas vivenciadas pelos cuidadores no manejo das demandas relacionadas ao transtorno.

“Como eu falei com você, às vezes tem hora que tem umas coisinhas que acabam não dando pra negociar. Aí quando... dá gente. Mas sempre quando pode, acompanha ela, né?” (FP7)

A necessidade de negociação pode surgir diante de comportamentos desafiadores associados à esquizofrenia. Nessa conjuntura, Intervenções específicas, como o treinamento de habilidades para cuidadores, podem ser benéficas nesses casos.²⁷

Ao se dedicar ao cuidado em saúde, muitas vezes o cuidador assume a responsabilidade de ser o provedor de cuidado tanto para si quanto para o paciente. Essa situação está estabelecida no depoimento de FP9, no qual se faz referência à disposição da família em assumir a responsabilidade pela aquisição de medicamentos quando necessário:

“O principal é esse apoio de estar junto, né? Mas a gente consegue assim, na medida do possível. Sempre que eu posso, também compro um remédio se precisar comprar. Não só eu como meus irmãos, como ele não tem renda, eu e meus irmãos, a gente compra um remédio se não tiver no governo”. (FP9)

No entanto, esse cenário também destaca a dependência das famílias de recursos próprios para garantir o acesso aos medicamentos. Em suma, embora o apoio familiar seja crucial no cuidado de pacientes com esquizofrenia, é essencial considerar as barreiras práticas e socioeconômicas enfrentadas por essas famílias. Assim, intervenções eficazes devem abranger tanto o apoio emocional como o acesso a recursos e tratamentos, garantindo uma abordagem integral no cuidado desses pacientes e contribuindo para a redução da sobrecarga vivenciada pelos familiares.

Observa-se que, muitas vezes, os familiares não possuem conhecimento amplo acerca da doença, e o diagnóstico de esquizofrenia os assustam. Nessas situações, podem sentir-se confusos em relação ao caminho a seguir para oferecer o melhor acolhimento e tratamento ao familiar. Em decorrência da sobrecarga de demandas, da falta de preparo para o estabelecimento do cuidado e, por não terem, na maioria das vezes, um acompanhamento psicológico para si mesmos, os familiares sentem dificuldades e não conseguem proporcionar o cuidado adequado.²⁶

Outro fator apontado pelos participantes, no que se refere aos desafios, faz menção à gestão adequada da medicação, considerada um aspecto crucial no cuidado de indivíduos que necessitam de tratamento farmacológico, especialmente aqueles com condições de saúde mental. As falas de P3 e P8 ressaltam diferentes abordagens, destacando o uso correto da medicação e o manejo da medicação, refletindo a diversidade de experiências e de estratégias adotadas pelos cuidadores e pacientes:

“São 5 medicamentos. Uso corretamente”. (P3)

“Tô tomando só o Haldol agora. Uso correto à medicação”. (P8)

A adesão adequada ao tratamento medicamentoso é essencial para otimizar os resultados do tratamento terapêutico. Pacientes que afirmam usar corretamente a medicação, como os mencionados nas falas apresentadas, estão mais propensos a experimentar os benefícios esperados do tratamento. Dessa forma, é fundamental que os cuidadores estejam envolvidos nesse processo, oferecendo suporte e monitoramento contínuo para garantir a adesão consistente.²⁸

Por outro lado, a interrupção voluntária do uso da medicação pode representar um desafio significativo para o manejo eficaz de condições de saúde mental, conforme se observa no depoimento de P2:

“Não, ultimamente eu não estou tomando nenhum medicamento”. (P2)

Identificar e abordar as razões que levam à decisão de interromper o uso da medicação é essencial. Nesse sentido, faz-se necessário estabelecer um diálogo aberto entre o paciente, o familiar/cuidador e os profissionais de saúde para compreender os motivos da interrupção e

explorar alternativas ou ajustes no tratamento.²⁹

A esquizofrenia é uma condição patológica caracterizada por estigmas e estereótipos sociais. Em diversos casos, os próprios pacientes demonstram relutância em aceitar o diagnóstico, sendo o receio da rejeição por parte das pessoas ao seu redor um dos motivos para a não adesão ao tratamento. A negação da doença por parte das pessoas com esquizofrenia é uma ocorrência frequente e, associada a essa negação, observa-se também o preconceito em relação ao uso de medicamentos antipsicóticos.³⁰

“Já interrompi... porque imaginava que... poderia ser um preconceito, né? A gente tomar esses medicamentos, assim o povo acha que a pessoa é doida, né?” (P4)

“É muito ruim ficar tomando esse tanto de remédio”. (P5)

“Interrompeu porque teve uma temporada que o quadro dela ficou bem elevado e a gente acabou não tendo como controlar. A gente teve que levar ela pra internação pra poder o tratamento continuar, pois a mesma tá bem alterada, né? Aí fica complicado. Quadro de ansiedade alta demais, agitação, a pessoa fica pra lá e pra cá, você não tem como prender, entendeu? Aí foi bem complicado, mas a gente conseguiu resolver, graças a Deus”. (FP5)

“Desde quando eu assumi o cuidado dele, nunca interrompeu, não. O interrompimento dele... eram medicamentos, comprimidos, ficava com ele para tomar, ele não tomava e a gente achava que ele tomava, você entendeu? Quando descobrimos aí nós levamos para o médico, aí trocamos para injeção, que aí eu fui e acompanhei, eu sei que ele tomou não deixei sozinho, porque quando era comprimido, o soco levava. Deixava lá, por lá mesmo ficava. Lá jogava fora, não usava. Aí era interrompido nesse sentido, quando era comprimido”. (FP8)

O suporte social desempenha um papel fundamental na continuidade do tratamento. Diante dos impactos da esquizofrenia nas relações familiares e nas interações interpessoais externas, é essencial que a família compreenda a natureza, o curso da doença e a importância do tratamento para o paciente. O apoio e a compreensão dos familiares em relação à enfermidade contribuem para a melhoria da qualidade de vida do paciente e favorecem o processo de recuperação. Nesse contexto, destaca-se a relevância da terapia familiar, visto que a colaboração da família é tão significativa quanto a abordagem farmacológica. Essa participação contribui para a redução de recaídas, para o fortalecimento da adesão ao tratamento e para a facilitação da reintegração social do paciente.³¹

Faz-se interessante destacar as estratégias adotadas pelos cuidadores que facilitam e colaboram para o uso adequado e seguro dos medicamentos. No depoimento de FP5, por exemplo, a organização meticulosa da medicação demonstra um compromisso significativo com o manejo eficaz do tratamento:

“Sim, a gente separa os remédios para usar durante a semana, a gente tem aquelas caixinhas, né, que tem os dias certos e os horários, e a gente controla também a quantidade. Faz como se fosse um inventário, qual remédio vai acabar primeiro para poder estar indo no dia certinho lá pegar o remédio na farmácia popular ou então comprar na farmácia particular mesmo”. (FP5)

A utilização de caixas organizadoras e a prática de controlar a quantidade de

medicamentos disponíveis ajudam a evitar interrupções involuntárias no tratamento. Essas estratégias também facilitam o acesso contínuo à medicação, promovendo a continuidade do tratamento.

Diante disso, o envolvimento do cuidador desempenha um papel essencial na gestão da medicação. No caso do FP6, a relação de colaboração entre o paciente e o cuidador é evidente, enfatizando a importância do apoio mútuo nesse processo. Em outro relato, FP9 destaca a iniciativa proativa do cuidador em monitorar e incentivar o cumprimento do tratamento, indicando uma abordagem eficaz para melhorar a adesão à medicação:

“Ele é até mais correto que eu”. (FP6)

“Quando estava agitado não, não tomava nada. Mas agora que conseguiu controlar, ele está tomando direitinho. Eu mesmo tô dando. Fiz um papel, coloquei na parede e a gente está ocupando”. (FP9)

Em suma, a gestão adequada da medicação constitui um componente vital no cuidado de pacientes com condições de saúde mental. O apoio contínuo dos cuidadores, aliado à comunicação aberta entre pacientes e profissionais de saúde, bem como à adoção de estratégias práticas de organização, contribuem para o sucesso do tratamento e para o bem-estar geral do paciente. Ademais, a personalização do cuidado, considerando as necessidades individuais, é fundamental para promover resultados positivos a longo prazo.³²

“Agora a última vez eu passei pela psiquiatra. Já renovou, né? Porque de vez em quando a gente tem que passar pela psiquiatra..., mas eu pego sempre lá no PSF, não preciso de consultar, não”. (P6)

Este contexto suscita reflexões importantes acerca da continuidade do cuidado, da eficácia do acompanhamento realizado pelas equipes da eSF para usuários com esquizofrenia e a necessidade de intervenções mais abrangentes. Na prática dos serviços da APS, observa-se que usuários e famílias buscam o atendimento de saúde, principalmente, com o objetivo de obter prescrições médicas e, conseqüentemente, medicamentos psicotrópicos.¹³

No que se refere à perspectiva dos familiares sobre a metodologia de renovação de receitas, os depoimentos de FP5 e FP8 revelam diferentes experiências quanto ao acompanhamento do paciente na eSF. Essas variações nas práticas de cuidado suscitam questionamentos acerca da individualização do atendimento e das abordagens adotadas pelos profissionais de saúde no acompanhamento de pacientes com esquizofrenia.

“No início precisava sempre ir à consulta, mas agora como já tem muitos anos, o médico já acompanha o caso dela, como se fosse um caso pessoal dele. Então a gente já consegue renovar a receita sem necessariamente ter que passar ela pela consulta toda vez. Mas é claro que a gente tem que renovar o laudo dela pra poder tá comprovando o quadro dela e tudo, e a gente sempre faz tudo certinho”. (FP5)

“Quando há necessidade, se for necessidade de renovar, eu só vou ao posto e levo a receita e renovo. O médico dá unidade que renova”. (FP8)

Observa-se que a continuidade do cuidado é prejudicada pela ausência de

compartilhamento das ações assistenciais entre os diferentes profissionais da eSF. A colaboração com a equipe multiprofissional e interdisciplinar fortalece os processos de tomada de decisão na escolha das estratégias de intervenções, contribuindo para o enfrentamento dos desafios e para o aprimoramento da qualidade do cuidado proporcionado aos pacientes.³³

Ainda no que se refere à continuidade do cuidado, a narrativa de FP1 chama atenção para a importância do cuidado longitudinal, destacando a realização de consultas para renovação de receitas medicamentosas e a manutenção do acompanhamento clínico:

“Os outros não exigiam isso, mas a doutora exige que ele faça consulta para poder dar receita. Quando ela não faz no PSF, ela pede para eu ir ao CAPS, manda levar lá. Quando tem algum sintoma diferente, ela manda aí ao médico do CAPS, o psiquiatra, para poder dar receita. Ela não dá receita se não vê o paciente. Ela é exigente demais”. (FP1)

No município em que o estudo foi realizado, a RAPS é composta pelo CAPS, na modalidade I, pelo CAPSij, diversas UAPS e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência. A colaboração efetiva entre os profissionais da saúde mental e a eSF é essencial para criar e fortalecer vínculos entre a Atenção Estratégica (CAPS) e a APS. Essa articulação permite a corresponsabilidade pelos casos, amplia a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela equipe local e favorece a atenção territorializada.³⁴

Por fim, destaca-se, como fator relacionado aos desafios para a assistência em saúde mental, a presença de comorbidades adquiridas pelas pessoas que vivem com necessidades em saúde mental. As falas dos familiares FP5 e FP6 evidenciam a ocorrência de outras condições de saúde, que extrapolam os aspectos psiquiátricos:

“Além dos problemas psicológicos, tem a diabetes tipo 2 que a gente faz um controle com a metformina e a gliclazida, também medindo a glicose dela constantemente pra verificar e graças a Deus a glicose dela é bem controlada”. (FP5)

“Tem. Ele tá com problema de trombose, que tá fazendo um tratamento, é um acompanhamento no PSF e tem pressão alta, né?” (FP6)

A avaliação global torna-se crucial para compreender a interseção dessas condições, como no caso da diabetes *melittus* tipo 2 e da trombose, que demandam uma abordagem integrada e multidisciplinar. Nesse sentido, é necessário considerar não apenas os aspectos clínicos isolados, mas também a forma como essas condições impactam o estilo de vida do paciente e de seus cuidadores.

Assim, propõe-se compreender as condições de saúde como circunstâncias que persistem na saúde das pessoas, requerendo respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas por parte dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e dos próprios usuários dos serviços. Nessa perspectiva, entende-se que a ênfase não está centrada, exclusivamente, na etiopatogenia, mas nos modos como os sistemas de atenção à saúde se organizam para enfrentá-las socialmente.³⁵

CONCLUSÃO

A partir da análise das perspectivas de pacientes com esquizofrenia e de seus familiares, este estudo demonstrou que o acesso à saúde nos serviços da RAPS de um município do interior de Minas Gerais é marcado por barreiras significativas, que comprometem a integralidade e a continuidade do cuidado. Nesse sentido, verificou-se que os desafios identificados vão além da mera disponibilidade de serviços, abrangendo a falta de integração entre os setores, as dificuldades de acesso a profissionais especializados e, de forma crítica, limitações relacionadas ao manejo e ao fornecimento de medicamentos. Tais obstáculos revelam a necessidade, urgente, de aprimoramentos estruturais e operacionais na RAPS, de modo a fortalecer a efetividade do cuidado ofertado.

O familiar cuidador que dá suporte, embora desempenhe papel crucial no suporte à pessoa com esquizofrenia, enfrenta suas próprias dificuldades de ordem prática, socioeconômica e relacionadas ao conhecimento sobre a doença e seu tratamento, reforçando a necessidade de que os serviços da RAPS ofereçam suporte direcionado, orientação e ações educativas voltadas aos cuidadores. Além disso, a colaboração entre os serviços especializados em saúde mental e a eSF mostrou-se como um ponto fundamental para estabelecer vínculos e garantir a continuidade do tratamento, conforme destacado pelos participantes do estudo.

Em suma, os achados da pesquisa revelam que, apesar de existir uma rede de serviços, o acesso efetivo e humanizado ainda constitui um desafio no contexto estudado. Nesse sentido, torna-se imprescindível que a RAPS do município em questão implemente estratégias que fortaleçam a articulação entre os diferentes pontos de atenção e invistam no apoio contínuo a pacientes e familiares, visando superar as barreiras identificadas e qualificar o cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS




1. Brasil. 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. 2011. [acesso em 2024 jan. 10]. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial de União, 2011. [Acesso em 2024 jan. 10]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. [Acesso em 2024 jan. 22]; 10176 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2023. [Acesso em 2024 jan 20]; ed. 96-B, seção 1 – Extra B, p. 11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
5. Lima AM de J, Andrade EIG, Perillo RD, Santos A de F dos. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. *Interf. Comunic. Saud. Educ.* 2021 [acesso em 2024 jan. 20]; 25 1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dRxR8Z7796B5cSyCcJ4NkCL/abstract/?lang=pt>
6. Souza ÂC de, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. *Ver. Bras. de Enferm.* [Internet]. 2019. Dec [acesso em 2024]; 72(6):1677–82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>.
7. Borysow I da C, Furtado JP. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Ver. de Saúde Colet.* 2013 [acesso em 2023 jun 10]; 23(1):33–50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/>
8. Campana MC, Soares MH. Familiares De Pessoas Com Esquizofrenia: Sentimentos E Atitudes Frente Ao Comportamento Agressivo. *Cogit. Enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jun. 10]; 20(2):338–44. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647679013>
9. Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trab., Educ. e Saúde.* 2020 [acesso em 2024 jan. 20]; 18(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v18n1/0102-6909-tes-18-1-e0023167.pdf>
10. Gama CAP da, Lourenço RF, Coelho VAA, Campos CG, Guimarães DA. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. *Interface – Comum., Saúde, Educ.* 2021. [Acesso em 2023 jun. 10]; 25: 1-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ngR3KBLS6xBNvHGNGjScJ9S/abstract/?lang=pt>
11. Jorge BSD, Ganem KMG. Dinâmica familiar do paciente com esquizofrenia e a sobrecarga do cuidar. *Cesumar- Ciênc Hum. e Soc. Aplic.* 2021 jul. [acesso em 2023 jun. 10]; 2(2):161-172. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/9825>
12. Moreira MIB, Onocko-Campos RT. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Socied.* 2017 Jun [acesso em 2024 jan. 10]; 26(2):462–74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PkZqTgktdvt6R4wJT6PqTqR/>
13. Nascimento LA do Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist., Ciênc Saúde -Manguinhos* [Internet]. 2019 Mar [acesso em 2024 jan. 20]; 26(1):103–21. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v26n1/0104-5970-hcsm-26-01-0103.pdf>
14. Silva AP, Nascimento EGC, Junior JMP, Melo JAL. “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Rer. de Psicol.* [Internet]. 2019 Feb 22 [acesso em 2024 jan. 20]; 31(1):2–10. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v31n1/1984-0292-fractal-31-01-2.pdf>
15. Ventura CAA. Saúde mental e vulnerabilidade. *Rer. Eletron. Saud. Mental Álco. e Drogas.* 2018 Aug 28 [acesso em 2024 jan. 20]; 13(4):174–5. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000400001
16. Zanardo ABR, Ventura CAA, Consule R de C. Vulnerabilidade social e transtornos mentais: Scoping review. *Textos Contextos (Porto Alegre)* [Internet]. 22º de dezembro de 2021 [acesso em 2024 jan. 20]; 20(1):e38616. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/38616>.
17. Guidorizzi Zanetti AC, Rossi M, Vedana KGG, Gherardi-Donato EC, da Silva AHS. Cuidado de enfermagem na Atenção Primária à Saúde ao paciente com esquizofrenia. *Sau. & Transf. Soc.* [Internet]. 2020 ago. 17 [acesso em 2024 Jan. 20]; 10(1/2/3):201-8. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4875>

18. Dalgalarondo Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
19. Macedo M, Marques A, Queirós C, Mariotti MC. Esquizofrenia, atividades instrumentais de vida diária e funções executivas: uma abordagem qualitativa/Schizophrenia, instrumental activities of daily living and executive functions: a qualitative multidimensional approach. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2018 Jun 28 [Acesso em 2024 jan. 20]; 26(2):287-98. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1938>
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Ed. 70. São Paulo:2011.
21. Oliveira RM, Facina PCBR, Siqueira Júnior AC. A realidade do viver com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2012 Apr. [Acesso em 2024 jan. 18]; 65(2):309–16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xCB7BQk3xcCnccx89pqRRpz/>
22. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018; 22:1525-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
23. World Health Organization. Mental Health [Internet]. World Health Organization. 2022. [acesso em 2024 jan. 20]; Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
24. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). *Journal of Ambulatory Care Management* [Internet]. 2017 [acesso em 2020 Nov. 7]; 40:S4–11. Disponível em: https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Fulltext/2017/04001/Brazil_s_National_Program_for_Improving_Primary.2.aspx
25. Costa EM da, Ferreira DLA. Percepções e motivações de agentes comunitários de saúde sobre o processo de trabalho em Teresina, Piauí. *Trab. Educ. e Saúde.* 2011 Nov [acesso em 2024 jan. 19]; 9(3):461–78. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z4m4hCK59HBDZvGtcpz74Dg/abstract/?lang=pt>
26. Guedes PSS, Santos JD. Psicopatologias que acometem cuidadores de familiar com transtorno mental. *Ver. Fatec de Tec. e Ciênc.* 2021 Mar 5 [acesso em 2024 fev. 19]; 5(1). Disponível em: <https://www.revista.fatecba.edu.br/index.php/rftc/article/view/58>
27. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, *et al.* Tratamentos psicológicos na esquizofrenia: II. Meta-análises de ensaios clínicos randomizados de treinamento de habilidades sociais e remediação cognitiva. *Medic. Psicológ.* 2002;32(5):783–91. doi:10.1017/S0033291702005640
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5º ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
29. Olfson M, Blanco C, Wang S, Laje G, Correll CU. National Trends in the Mental Health Care of Children, Adolescents, and Adults by Office-Based Physicians. *JAMA Psychiatry.* 2014 Jan [acesso em 2024 jan. 20]; 1:71(1):81. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3074>
30. Oliveira MG. Adesão ao tratamento psiquiátrico: elaboração de estudos psicométricos iniciais de um protocolo de avaliação. [Internet]. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2022.
31. Dória ALM, Oliveira AJA da S, Assis DO de, Buriti LP, Morais LMM, Fernandes LM, *et al.* A repercussão do diagnóstico e tratamento da esquizofrenia no âmbito familiar. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2020 Oct [acesso em 2024 jan. 29]; 29;3(5):15467–76. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/19064>.
32. Thomas RK. Health communication. New York: Springer Science. 2006.
33. Nunes VV, Feitosa LGGC, Fernandes MA, Almeida CAPL, Ramos CV. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020; [acesso em 2024 jan. 20]; 73:e20190104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>
34. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: *Terapia ocupacional: fundamentação &*

prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. [Acesso em 2024 fev. 19]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001741981>

35. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Rev. Bras. Promoc. Saúde. 2018 Jun. 21 [acesso em 2024 Fev. 10]; 31(2). Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7839>

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Izabella Cristina Ruas Almeida	Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	https://orcid.org/0009-0008-5561-0355	http://lattes.cnpq.br/0917740636583072
Anna Caroliny Cardoso	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0009-0000-5187-7417	http://lattes.cnpq.br/7364816318800850
Ananda Tuany Neves Vitorino	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0000-0002-3466-0811	http://lattes.cnpq.br/1917599931400303
Hanna Beatriz Bacelar Tibães	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0000-0001-8553-4666	http://lattes.cnpq.br/2524870805623341
Aline Soares Figueiredo Santos	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0009-0001-4919-6521	http://lattes.cnpq.br/6250629910888741
Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0000-0002-5063-3733	http://lattes.cnpq.br/4626761353448368
Eveline Andries de Castro	Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)	https://orcid.org/0000-0001-7863-7608	http://lattes.cnpq.br/2324315898047947
Autor correspondente	Izabella Cristina Ruas Almeida  izabellaruas@hotmail.com		

Metadados		
Submissão: 1º de junho de 2024	Aprovação: 10 de fevereiro de 2026	Publicação: 18 de maio de 2026
Como citar (Vancouver)	Almeida ICR, Cardoso AC, Vitorino ATN, Tibães HBB, Santos ASF, Ribeiro CDAL, Castro EA. Desafios para o cuidado em saúde mental: a perspectiva dos pacientes com esquizofrenia e seus familiares. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292644728. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.44728	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	As autoras mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: ICRA, ACC, ATNV, HBBT, EAC. Análise ou interpretação dos dados: ICRA, ACC, ATNV, HBBT, EAC. Elaboração do rascunho: ICRA, ACC, ATNV. Revisão crítica do conteúdo: HBBT, CDALR, ASFS, EAC. As autoras aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início