



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

MÁRCIA MIRANDA BARRETO

**TRAJETÓRIAS FAMILIARES NA LABUTA COM O
SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO SOBRE FAMILIARES DO
CAPS ADILSON PEIXOTO SAMPAIO/DISTRITO SANITÁRIO
ITAPAGIPE/SALVADOR/BA**

**Salvador
2009**

MÁRCIA MIRANDA BARRETO

**TRAJETÓRIAS FAMILIARES NA LABUTA COM O
SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO SOBRE FAMILIARES DO
CAPS ADILSON PEIXOTO SAMPAIO/DISTRITO SANITÁRIO
ITAPAGIPE/SALVADOR/BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof. Dra. Iara Maria Almeida Souza

**Salvador
2009**

B273 Barreto, Márcia Miranda
Trajetórias familiares na labuta com o sofrimento psíquico: um estudo sobre familiares do CAPS Adilson Peixoto Sampaio/Distrito Sanitário Itapagipe/Salvador/BA. / Márcia Miranda Barreto. -- Salvador, 2009. 119 f.
Orientadora: Profª. Drª. Iara Maria de Almeida Souza
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.

1. Saúde mental. 2. Família. 3. Cuidados. I. Souza, Iara Maria de Almeida. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 616.89

MÁRCIA MIRANDA BARRETO

**TRAJETÓRIAS FAMILIARES NA LIDA COM O
SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM ESTUDO SOBRE FAMILIARES DO
CAPS ADILSON PEIXOTO SAMPAIO/DISTRITO SANITÁRIO
ITAPAGIPE/SALVADOR/BA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 10/07/2009.

BANCA EXAMINADORA

Iara Maria Souza – Orientadora _____
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia

Maria Gabriela Hita _____
Doutora em Ciências Sociais Pela Universidade Estadual de Campinas e Estudos
Pós-Doutorais Pela Universidade de Manchester Grã-Bretanha

Mirela Figueiredo Iriart _____
Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade
Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Iara Maria Souza

À Profa. Dra. Maria Gabriela Hita, minha primeira orientadora pelo apoio durante a gravidez e pós-parto e à Profa. Dra. Mirela Figueiredo Iriart pelo apoio durante todo o percurso.

A Dora, Daniela e demais funcionárias da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Ao meu filho Sócrates pelas ausências e falta de tolerância com sua criança, e também pelos sorrisos e conforto nos momentos mais difíceis.

A Maria das Graças Carvalho Gerente na Unidade de Saúde Santo Inácio quando iniciei o Curso do Mestrado pelo apoio no curso das disciplinas e Ana Alice Brandão Coordenadora do Serviço de Saúde da Universidade de Feira de Santana pelo apoio e carinho durante esse percurso.

À amiga Marta Leone, não porque segurou na minha mão, mas sim porque em alguns momentos aparecia apenas as suas pegadas pelo caminho.

À equipe do CAPS Adilson Peixoto Sampaio e seus usuários, sem os quais essa pesquisa não teria se realizado.

À Secretaria Municipal de Saúde por autorizar a realização da Pesquisa na Unidade acima.

A minha família e amigos pelas ausências e intolerâncias.

BARRETO, Márcia Miranda. *Trajetórias familiares na lida com o sofrimento psíquico: um estudo sobre familiares do CAPS Adilson Peixoto Sampaio/Distrito Sanitário Itapagipe/Salvador/Ba.* 119 f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2009.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivos investigar, identificar e analisar as concepções e práticas dos familiares de usuários do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial - Adilson Peixoto Sampaio com relação a sua participação na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico desenvolvido por seus familiares usuários desse serviço de saúde mental e compreender possíveis relações entre participação dos familiares e a adesão às propostas terapêuticas. Como metodologia foi utilizada uma abordagem qualitativa tendo como instrumentos principais pesquisa bibliográfica sobre as categorias da pesquisa: concepção saúde/doença mental, estratégias de enfrentamento, itinerários terapêuticos, participação familiar e cuidado/auto-cuidado; observação participante da rotina do CAPS e dos espaços disponibilizados para a participação familiar: Grupo de Família, Grupo Conversa sobre Saúde e Oficina Espaço Coletivo; e entrevistas semi-estruturadas com dez familiares participantes dos referidos grupos. Na análise dos dados, foram apresentadas as concepções familiares sobre os sinais que possibilitaram a identificação do sofrimento psíquico e a labuta da família a partir desta identificação. Nesse processo aparecem os itinerários terapêuticos e a participação familiar em cada estratégia construída para lidar com os transtornos decorrentes do aparecimento do sofrimento psíquico. Todo o processo de análise procurou respeitar os saberes construídos pelo grupo de interlocutoras a cerca das categorias da pesquisa, como propõem a sociologia e antropologia da saúde. A partir dos resultados, se verificou uma maior participação das mulheres nos espaços disponibilizados às famílias, estas acham que a participação é muito importante tanto para construir estratégias de enfrentamento dos transtornos decorrentes do sofrimento psíquico, como para construir táticas de auto-cuidado. Porém enfrentam várias dificuldades para conseguir se apropriar dos espaços disponibilizados à família pelo CAPS como falta de tempo para frequentarem a unidade de saúde, visto que têm múltiplas ocupações. O sentido atribuído pelos familiares às categorias *participação e acompanhamento* ao paciente resume o envolvimento das famílias a esse acompanhamento, levando a uma não apropriação das demais atividades oferecidas pela instituição de saúde mental.

Palavras Chave: Saúde mental, Participação familiar, Cuidado, Auto-cuidado

BARRETO, Márcia Miranda. *Trajetórias familiares na lida com o sofrimento psíquico: um estudo sobre familiares do CAPS Adilson Peixoto Sampaio/Distrito Sanitário Itapagipe/Salvador/Ba.* 119 f. 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2009.

ABSTRACT

We aimed at investigating, identifying and analyzing the conceptions and practices of users' relatives at the Adilson Peixoto Sampaio CPA (center of psychosocial attention). Our focus is their participation in the construction of confronting strategies to the difficulties originating from psychic suffering developed among them, looking to understand the possible relations between family involvement and therapeutic proposal adhesions. It is a qualitative research which use as tools: 1-review of literature (mental health, mental sickness, confronting strategies, therapeutic itineraries, relatives involvement, care, self-care); 2-participant observation of the CPA daily life, especially of the space dedicated to family involvement (family group, discussion group upon health, workshop collective space; and 3- half-structured interviews, with ten participating relatives, about the signals which had permitted the identification of psychic suffering and the family work from this point. In this process, therapeutic itineraries and family involvement appear in each strategy to cope with the disruptions originating from the surge of psychic suffering. Data analysis tried to respect non-medical knowledges constructed by the subjects as is suggested by the sociology and anthropology of health. On the base of our results, we can state a greater female involvement in the space available to family. Women believe in the importance of involvement to construct confronting strategies to the disruptions originating from psychic suffering as well as to construct self-care tactics. Nevertheless family are confronted to many difficulties in the appropriation of the spaces available at the CPA, among them is time shortage to frequent health care unit as they have multiples occupations. The meaning attributed by the relatives to the categories *participation* and *accompaniment* also restrict the relatives involvement in this process which leads to non-appropriation of others available activities at the mental health institution.

Key-Words: mental health, relatives' involvement, care, self-care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO	8
2	LOUCURA, MÁCULA OU ESTADO DE LUZ	13
2.1	SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: LEIS, PROPOSTAS E CONTRADIÇÕES	22
3	FAMÍLIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO	31
4	METODOLOGIA	48
4.1	CAMPO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO: GESTAÇÃO, NASCIMENTO E ENGATINHAR DO CAPS ADILSON PEIXOTO SAMPAIO	52
4.2	CARACTERIZANDO OS INTERLOCUTORES	59
4.2.1	O grupo de família	62
4.2.2	O grupo Conversa sobre Saúde	63
4.2.3	Oficina Espaço Coletivo	63
4.3	CATEGORIAS DE ANÁLISE	64
5	VIA CRUCIS: A LABUTA COM O SOFRIMENTO PSÍQUICO	66
5.1	IDENTIFICANDO AS MANIFESTAÇÕES DA <i>DOIDICE</i>	67
5.2	A LABUTA COM A <i>DOIDICE</i>	78
5.3	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS	90
5.3.1	Participação familiar	101
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	116

1 INTRODUÇÃO

Um aspecto fundamental subjacente a esse projeto é a concepção de uma nova prática assistencial não mais centrada no objeto doença mental, mas no objeto existência-sofrimento em sua relação com a reprodução sociocultural da pessoas (PELBART, 1990). Essa reforma pressupõe uma maior sensibilidade dos programas de saúde mental aos valores e crenças das comunidades-alvo, bem como um constante diálogo entre serviços e comunidade. (ALVES, 1990, p. 91)

1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO

Os Centros de Atenção Psicossocial , CAPS, surgiram a partir da Lei 10216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, logo, se constituem como uma realidade recente. De acordo com a referida lei, o trabalho nos serviços de saúde mental deve viabilizar o desenvolvimento da maior autonomia possível e integral da pessoa que apresenta sintomas de sofrimento psíquico e a defesa dos seus direitos como cidadãos.

O CAPS é uma modalidade de serviço de atenção à saúde mental que se propõe a suplantiar a estrutura asilar/manicomial, utilizada durante muito tempo e ainda hoje, para cuidar das pessoas que apresentam diagnóstico de sofrimento psíquico. Essa modalidade de serviço tem como principal finalidade oferecer subsídios para trabalhar a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial da pessoa que apresenta um transtorno psíquico.

Assim, o CAPS busca promover a inclusão social, através de trabalhos em serviços de saúde mental inseridos na comunidade do usuário, a partir da lógica da territorialização que organiza dos serviços de saúde mental por Distrito Sanitário, contribui para um melhor enfrentamento das dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico, enquanto o isolamento, vivenciado nos serviços asilares/manicomiais, tanto pelos pacientes como pelos familiares, acentuava os transtornos decorrentes dos problemas psíquicos (Brasil, 2004). Apesar dos aspectos citados, O 2º. Artigo da Lei da Reforma Psiquiátrica garante a conscientização dos citados direitos, porém não prevê nenhum suporte aos familiares.

A partir do meu trabalho realizado como psicóloga no Ambulatório de Saúde Mental do Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho, na implantação do CAPS Adilson Peixoto Sampaio e na coordenação da oficina de família do CAPS, nasceu o propósito de desenvolver a presente pesquisa.

Durante o processo de implantação e funcionamento inicial do CAPS Adilson Sampaio, participei desta equipe através das discussões para implantação do serviço, e por um período trabalhei como psicóloga coordenando, junto com uma profissional de outra área, a oficina de família. Esta oficina desenvolvia trabalhos voltados para a escuta de familiares, discussão sobre diagnóstico de seus membros com agravos psíquicos e sobre maneiras de lidar com os mesmos, Além de proporcionar atendimento individual a alguns usuários. Durante esse processo foram observadas muitas dúvidas dos familiares com relação à evolução do quadro de seus membros portadores de transtorno psíquico, bem como comportamentos possíveis relacionados à alimentação, sexualidade, trabalho, como ter acesso aos benefícios da Previdência Social, e discussões sobre as dificuldades dos familiares em estarem presentes às oficinas.

Nesse itinerário, como profissional, verifiquei que existem sérias dificuldades referente a adesão às propostas terapêuticas por parte dos usuários e de seus familiares. Observei que num primeiro momento a família, um vizinho, um parente leva o usuário para a primeira consulta no serviço de saúde mental, na maioria dos casos querendo consulta com psiquiatra, atenção psicofarmacológica e/ou benefício (que eles chamam de aposentadoria). Após este primeiro atendimento, o usuário passa a ir sozinho para os atendimentos, e às vezes resumem sua participação nas atividades do serviço de saúde mental à consulta psiquiátrica e a busca de medicamentos.

Na tentativa de superar a lógica de atenção à saúde mental descrita acima os serviços alternativos/substitutivos propostos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, além de criticar, propõem a superação do modelo asilar e a reconstrução dos pressupostos da psiquiatria, isto é, a participação efetiva da sociedade civil na elaboração e implementação das políticas de saúde mental, bem como na avaliação

dos serviços prestados. Tais propostas implicam em uma disponibilização de espaços para uma maior participação dos usuários e familiares como atores sociais do cuidado com sua existência-sofrimento psíquico.

Apesar da necessidade de uma reflexão aprofundada sobre os processos de avaliação e supervisão continuada dos serviços de atenção em saúde mental, esta vem sendo realizada por parte de profissionais e pesquisadores da área. A participação dos usuários e familiares, ainda ocorre de modo um tanto incipiente. Por exemplo, no II Encontro de Saúde Mental¹ realizado em Salvador, todos os CAPS poderiam levar três usuários, a própria organização do evento já limitava a participação dos usuários e familiares em detrimento dos profissionais e pesquisadores, o que configura uma contradição, com a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Diante destes aspectos se questiona: como se organizam as famílias onde eclode o sofrimento psíquico de um de seus membros? Os serviços públicos de saúde mental disponibilizam algum suporte para as famílias? Como usuários e familiares se apropriam desses suportes? Esse trabalho investigou como tem acontecido a efetiva participação dos familiares e usuários do CAPS Adilson Peixoto Sampaio nos serviços oferecidos por esta unidade de saúde mental.

Para responder a tais questionamentos essa pesquisa teve com objetivo geral investigar as concepções e práticas dos familiares de usuários do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial - Adilson Peixoto Sampaio com relação a sua participação na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico desenvolvido por seus familiares usuários desse serviço de saúde mental.

Nesse sentido foram delineados os seguintes objetivos específicos: a) identificar os itinerários terapêuticos dos usuários do CAPS Adilson Peixoto Sampaio e a participação familiar em cada modalidade de serviço de saúde mental experimentadas por estes usuários na sua lida com o transtorno mental, pois

¹ Encontro Organizado pela UNEB/Secretaria Estadual de Saúde em Agosto de 2007.

tínhamos como pressuposto que até chegar ao CAPS estas pessoas buscam diversos suportes, igrejas evangélicas, católicas, candomblé, centro espírita e internamento em serviços asilares/manicomiais; b) discutir formas de participação, acompanhamento, reivindicação, pois os interlocutores da pesquisa atribuem diferentes sentidos às suas práticas relacionadas aos referidos processos; e c) compreender como se dá a participação dos familiares na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico.

Para desenvolver a proposta esse texto dissertativo será organizado em seis capítulos divididos da seguinte forma: O primeiro capítulo será a introdução que apresentará o objeto da pesquisa, um breve histórico sobre seu processo de delineamento e os fatos que motivaram a escolha desse objeto; No segundo capítulo será realizada uma discussão sobre as concepções do processo saúde-doença mental/existência-sofrimento psíquico no decorrer da história da psiquiatria e uma revisão das políticas de saúde mental no decorrer da reforma Psiquiátrica; No terceiro capítulo será apresentada uma discussão sobre o conceito de família, as transformações pelas quais esta passou durante a história da humanidade e a influência dessas transformações na divisão de papéis relacionados à gênero, bem como a necessidade do cuidado à família do usuários dos serviços de saúde mental; No quarto capítulo será discutido os pressupostos metodológicos do trabalho, será realizada uma descrição do campo empírico da investigação e apresentada as categorias trabalhadas. O quinto capítulo constará da análise dos dados, apresentando alguns relatos dos interlocutores da pesquisa sobre as categorias de análise, e a discussão das observações, suas relações com os relatos e com a fundamentação teórica do trabalho; E, o último capítulo trará as considerações finais, onde serão abordados os aspectos mapeados durante todo o trabalho, as relações construídas e as lacunas da pesquisa.

O percurso metodológico para alcançar os objetivos da investigação se baseou na pesquisa qualitativa de estudo de caso do CAPS Adilson Peixoto Sampaio, Distrito Sanitário de Itapagipe abrangendo o período de março de 2004 até abril de 2009. Vale ressaltar que de fevereiro de 2004 a junho de 2005, essas observações foram feitas quando ainda exercia minhas atividades como psicóloga do Centro Terapêutico Municipal do referido distrito. Durante o restante do período da

pesquisa, realizei o trabalho apenas como pesquisadora, visto que estava trabalhando em outro Distrito Sanitário. No próximo tópico realizarei discussão teórica sobre a metodologia trabalhada e uma descrição minuciosa do universo pesquisado.

2 LOUCURA, MÁCULA OU ESTADO DE LUZ

Mas a questão é muito mais complexa do que apenas alusões a números ou elaborações de relatórios e proposições alternativas. Envolve modos de consciência, perspectivas subjetivas, relações sociais, modelos de entendimento do fenômeno humano, concepções contrastantes relativas a temas delicados, como corpo e corporeidade, mente e cérebro, comportamento e atitude, saúde e doença, sexualidade, qualidade de vida, normalidade e anormalidade (STROCKINGER 2007).

Falar de saúde mental implica em uma série de questionamentos, inclusive sobre o entendimento a cerca do sentido da doença mental, das concepções de saúde/doença e da visão de humano como uma totalidade. Strockinger (2007) faz um apanhado sobre as concepções de saúde, doença, cura no decorrer da história, e nesse sentido afirma que até o predomínio dos Socráticos não havia experiência de separação entre homem e natureza. A cura era um processo de transformação dos sentimentos e a enfermidade não era considerada isoladamente, mas como fazendo parte do homem na relação com tudo que o cercava.

Sendo assim, para Sócrates a saúde seria alcançada por questionamentos a cerca de si, através de uma ética pessoal, e cada um poderia descobrir a melhor maneira de se cuidar. Já a doença representaria um desequilíbrio entre as almas que levaria a uma má distribuição dos humores, ponto em comum com Hipócrates, que também considerava a doença como o desequilíbrio dos humores, enquanto para Aristóteles saúde seria a obtenção da felicidade através da utilização da razão, o que permitiria o equilíbrio entre os extremos. Como ficaria a situação de um ser humano considerado sem razão? Já que uma característica da existência do sofrimento psíquico era a desrazão.

O autor destaca que Spinoza não estabelece relação hierárquica entre espírito e corpo. Observa que nessas abordagens não há uma separação entre saúde do corpo e saúde da mente. As propostas eram harmonizar a relação para que existisse o estado de saúde. Hipócrates foi considerado o fundador da medicina humanista e o responsável pela separação da medicina da filosofia. Canguilhem (2006) é outro autor que fala deste afastamento, e afirma que apenas a psiquiatria, das

especialidades da medicina, conseguiu uma maior proximidade da filosofia por causa da psicologia.

Retomando a relação saúde-doença, Canguilhem (2006) afirma que para Hipócrates a doença não estaria em uma parte do homem e sim nele como um todo, ou seja, sua abordagem do fenômeno da saúde-doença era totalizante e dinâmica. Canguilhem (2006, p.20-21) diz:

[...] doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura.

Segundo Strockinger (2007), a Grécia antiga concebia a doença mental como expressão de divindade, de sabedoria, possibilidade de transformação, os loucos conviviam bem na sociedade e o tratamento para os sintomas mais incômodos era através da “incubação nos templos euculapianos, para que sonhassem com Euculápio, deus dos mortais, da saúde e da medicina” (p.24). Na Idade Média, a loucura passou a ser vista como algo diabólico, não humano, porém fascinante, sendo o exorcismo o tratamento utilizado. Alguns loucos também foram queimados na inquisição, pois eram considerados como hereges e não como doentes. Nesse sentido afirma Foucault (2004):

No pólo oposto a esta natureza das trevas, a loucura fascina porque é um saber. É saber, de início, porque todas essas figuras absurdas são, na realidade, elementos de um saber difícil, fechado, esotérico [...]. Enquanto o homem racional e sábio só percebe desse saber algumas figuras fragmentárias – e por isso mesmo mais inquietantes -, o louco carregaria inteiro em uma esfera intacta: essa bola de cristal, que para todos está vazia, a seus olhos está cheia de um saber invisível. (p. 21)

Com o advento do iluminismo, a ciência positiva racional reclama por uma separação da doença mental do campo do misticismo, a loucura passa a ser considerada como desrazão e vinculada à desqualificação moral. Acontece, assim, uma segregação econômica, pois o louco não era considerado como uma pessoa produtiva, logo deveria se isolar em abrigos, acentuando assim o estigma da loucura. (STROCKINGER, 2007) De acordo com Goffman (1988, p.11) os gregos utilizavam “o termo estigma para se referirem a sinais corporais com os quais se

procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem os apresentava”.

Dessa forma para discutir o tema da saúde mental será preciso traçar antes um breve histórico sobre a história da psiquiatria e sua reforma, visto que esta especialidade da medicina desde o seu nascimento está em constante reconstrução. Não podemos perder de vista que a hegemonia da psiquiatria baseada no modelo asilar/manicomial é um pilar de toda a história da sociedade ocidental na sua relação com a loucura até os dias atuais. A reforma é um conjunto de idéias que a partir da crítica e proposta de superação do modelo asilar, questiona os pressupostos do saber psiquiátrico estabelecido. Entre um de seus pressupostos está a inclusão da participação efetiva da sociedade civil na elaboração das políticas de saúde mental, e também nas fases de implementação, fiscalização e avaliação dos serviços a serem oferecidos.

A história da abordagem da doença mental é bem antiga, suas primeiras referências são encontradas na Bíblia, no Livro de Juizes do Velho Testamento, onde se encontram descrições bem semelhantes com as utilizadas atualmente para caracterizar os transtornos psíquicos (GENTIL FILHO, 2007). Inclusive, o problema mental parece ser algo específico da espécie humana, visto que não se tem histórico de tais patologias em outras espécies. Apesar das referências sobre a doença mental estarem presentes desde a antiguidade, o cuidado com a saúde mental, vem acontecer somente no século XVIII.

Apesar de a loucura ser considerada como algo intrínseco à espécie humana, sua relação com a sociedade ocidental foi sempre permeada pela exclusão das pessoas que apresentavam transtorno psíquico. Desde a idade clássica até a modernidade, com a medicalização da loucura, o isolamento do doente mental continua sendo uma prática freqüente. Na idade Clássica, os hospitais não tinham uma função medicalizadora, somente de exclusão, de proteção e guarda, a loucura era algo a ser excluído. Já com a apropriação pela medicina e pela justiça da loucura como seu objeto de investigação, o asilamento continua sendo o norteador das propostas de cuidado. (FOUCAULT, 2004). Nesse sentido, afirma Amarante (2003, p.24):

Acompanhamos, assim, a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. A primeira permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, se permite um lugar social reconhecido no universo da verdade, enquanto a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Tal movimento é marcado pela constituição da medicina mental enquanto campo de saber teórico/prático.

Mesmo com a revolução francesa, que tem como marco o reconhecimento dos direitos à igualdade, o louco continua sendo excluído da sociedade em função de seu estigma (STROCKINGER, 2007). Sendo assim, a modernidade é a expressão de valores e problemas que a liberdade e igualdade enfrentam, correndo o risco da noção de cidadania associada a direito e justiça, acaba escamoteando as desigualdades, característica também do contexto da modernidade. (DOMINGUES, 2002) Pois, como afirma Tourraine (1995), a cidadania implica direitos e responsabilidades, o que possibilita o movimento libertário do sujeito da modernidade, do contrário poderá acentuar o processo de exclusão social, principalmente quando se trata do ser humano que sofre psiquicamente.

Dessa forma, Amarante (2003) faz a seguinte referência sobre as transformações nas concepções a cerca da loucura: na Idade Clássica a loucura era algo a ser excluído da sociedade, os hospitais não tinham uma função medicalizadora, somente de exclusão, de proteção e guarda; enquanto na Idade Média, passa ser sinônimo de experiência originária; e na Modernidade loucura diz respeito a psiquiatria. Assim passa-se da loucura inscrita em um universo de diferença simbólica com um lugar reconhecido no universo de verdade, de respeito, de admiração, para um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco, perda da singularidade através do saber da medicina. Ou seja, a pessoa que apresenta um sofrimento psíquico passa a ser objeto de estudo da ciência médica.

Para o autor o objeto de estudo de Foucault (2004) na História da loucura foi a relação entre práticas, saberes e discurso que vem fundar a prática psiquiátrica. Através da caracterização do louco como representação de risco e periculosidade social institucionaliza-se a loucura e o cruzamento da medicina e justiça, onde se instaura a sobreposição de tratamento e punição, construindo assim a prática asilar/manicomial.

No século XVIII, o complexo hospitalar é um misto de casa de correção, caridade e hospedaria com uma população heterogênea. O hospital geral não é uma instituição médica, mas uma ordem de exclusão, assistências e filantropia. Para Foucault a medicalização representa uma ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e do enquadrinhamento médico. De acordo com Souza (1999) essa medicalização vem mostrar o profundo embricamento da prática médica com a vida social.

Segundo Castel citado por AMARANTE (2003) e Strockinger (2007) Pinel é a primeira e principal expressão do médico clínico para o qual a doença mental era um problema de ordem moral e para tal inaugura um tratamento também moral. Ele foi o pioneiro na classificação nosográfica da alienação mental e proposta de intervenção terapêutica. Dentro da sua concepção de intervenção sobre a loucura, o isolamento era considerado fundamental para policiar, diagnosticar e através da descrição dos sintomas, mapear os elementos desencadeantes da doença mental. Assim como Esquirol, acreditava que o isolamento reduziria os fatores da incidência contínua das paixões patológicas, acentuado pelo convívio familiar e social. Logo, Pinel é um dos representantes significativos da apropriação da loucura pelo saber médico. Nesse período, a função do hospital ainda era assistência e tutela.

De acordo com os autores citados acima, o século XIX legitima o caráter classificatório da psiquiatria fundamentado no positivismo, que possibilita mais a exclusão do que a abertura para uma atualização como modelo pretensamente explicativo. Assim, a reforma de Pinel se caracteriza pela apropriação da loucura pelo discurso e pela prática médica, fortemente influenciada pela medicina positiva que pregava a neutralidade científica e a necessidade do isolamento dos fenômenos para que pudessem ser apreendidos na sua forma pura. Mesmo se admitindo a importância dos fatores emocionais na deflagração e constituição da etiologia do sofrimento psíquico, inaugura-se assim o modelo manicomial como referência de tratamento para “as enfermidades mentais”.

De acordo com Strockinger (2007), no Brasil, o primeiro grande manicômio, o Hospital Pedro II fundado em 1852, vivia nesse período dividido entre a organicidade pura, influenciado pela escola alemã da causalidade biológica da loucura, ou seja a

cerebral e a causalidade moral do alienismo pineliano francês. Como as instituições psiquiátricas nasceram para manter a ordem social, ou seja, proteger a sociedade dos sujeitos considerados perigosos, durante muito tempo estas instituições não tinham uma proposta terapêutica bem delineada e o louco era considerado desajustado socialmente.

Posteriormente surgiram as colônias agrícolas com o objetivo de estimular o doente mental, assim seu tratamento ficaria menos dispendioso para o estado. Nesse sentido Juliano Moreira, tentou desenvolver uma assistência familiar, através da inserção dos pacientes nos entornos residenciais, projeto que não foi adiante pelo fato das colônias não apresentarem um projeto de inclusão que visasse algo além de acalmar os usuários.

Um outro aspecto utilizado no tratamento de pessoas que desenvolvem o transtorno mental é a terapia medicamentosa. Na relação dos usuários dos serviços de saúde mental com o medicamento, a figura do médico funciona como um instrumento de acesso ao remédio. Dessa forma, há uma simplificação ou desqualificação do processo terapêutico. De acordo com Bucher (1992) o que agrava essa situação é a ênfase na produtividade em termos quantitativos que reduziu o fazer médico à prescrição de medicamentos. A transferência deixou de ser médico-paciente para médico-medicação-paciente.

A cronificação do sofrimento psíquico está ligada ao modelo da estrutura da instituição de saúde mental, e ao processo de formação dos profissionais resultante da própria concepção de ciência que norteia essa formação. A ênfase no modelo biomédico que considera a gênese da “doença mental” no orgânico, e desqualifica o papel do contexto sócio-cultural. Como afirma Delgado (2001), quando se comparece a qualquer serviço de saúde e há perspectiva de amenização do sofrimento, não é a pessoa somente que está doente, mas também a instituição de saúde.

De acordo com Canguilhen (2006) não há como separar as manifestações do ser humano das condições do meio, ou seja, se estas se modificam, determinadas manifestações humanas, antes satisfatórias, podem passar a ser consideradas

como insatisfatórias. A própria determinação do que é doença depende da legitimação do doente e das idéias preponderantes no meio social. É a relação dos seres humanos vivos com o meio que os tornam “normais”, ou seja, é nessa relação que o ser vivo deve conseguir resolver os problemas da vida que respondam ao processo de adaptação.

Sendo assim, a apreensão do sofrimento psíquico de acordo com a delimitação de objeto de experimentação das ciências biomédicas seria muito difícil, visto que a própria definição do momento em que aparece o fenômeno, algo que a medicina considera fundamental, só se disponibiliza de inferências, nem o próprio sujeito que apresenta o quadro sintomatológico consegue precisar. Nesse sentido, o autor afirma que a dificuldade de enquadramento é em relação à própria pessoa, não é tanto um desvio do padrão, mas sobretudo uma diferença deste padrão.

Essas circunstâncias explica porque o “ser doente” não esgota absolutamente o fenômeno da alienação que, impondo –se a nós sob o ângulo de “ser de modo diferente” o sentido qualitativo da palavra, abre imediatamente caminho para considerações psicopatológicas feitas sob esse ângulo (MINKOWSKI *apud* CANGLUILHEM , 2006, p.89)

Dessa forma o sofrimento psíquico seria mais uma categoria vital do que doença. O normal como aborda o autor não seria um julgamento de realidade, e sim um julgamento de valor como uma noção limite que definiria o máximo da capacidade psíquica de um ser. O conceito de normalidade ou cura no caso do sofrimento psíquico teria como referência a experiência passada em atividades semelhantes, construídos a partir de escolhas individuais ou dos valores do meio.

As abordagens psicopatológicas, que seguem a teoria freudiana, consideram que o psiquismo se desenvolve visando proteger os seres humanos das situações, tanto internas como externas, que podem colocar sua organização em risco. O psiquismo assim funcionaria como uma parte do sistema imunológico humano, podendo este adoecer ou não a depender de como o sujeito em questão reagisse às situações difíceis do cotidiano (FERRER, 2007).

Para enfrentar as dificuldades decorrentes das transformações do meio ambiente, e do meio, ou seja, vontades/necessidades/desejos que não podem ser satisfeitas, sem adoecer, o ser humano precisa de profundas reorganizações psíquicas. O sofrimento psíquico seria assim peculiar da espécie humana, e garantiria a convivência da espécie em sociedade, além de apresentar uma dimensão psicológica, mas, sobretudo existencial.

Outro aspecto abordado por Canguilhem é o conceito de cura. De acordo com o autor, como para os médicos o que interessa é determinar os fenômenos vitais nos quais os homens se dizem doentes, bem como as origens e leis da evolução desses fenômenos, o interesse da medicina seria diagnosticar e curar, sendo que cura nesse sentido seria “voltar à norma uma função ou um organismo que dela tenha se afastado” (CANGUILHEM, 2006, p.94). A fisiologia seria a ciência do homem normal, a psiquiatria como não poderia se apoiar apenas na fisiologia, estaria ligada mais à filosofia e à psicologia.

De acordo com Bueno (1999), o conceito de normalidade social, vai se modificando, na medida em que as condições sociais vão se transformando pela própria ação do homem. Existiriam, assim, as anormalidades orgânicas que são universais, e outros tipos de anormalidades, produzidas pelas relações sociais. Nessas últimas, pode-se incluir a delinqüência ou mesmo o transtorno mental.

De acordo com Souza (1999), as ciências sociais ao discutir a questão da saúde/doença afirma que esses processos são construídos em contextos sócio-culturais que de certa forma envolvem representações e práticas organizadas nesses contextos. Assim, a abordagem biomédica, que considera doença e cura como disfunções ou desvios, não levam em consideração que seus saberes são produtos de significações e ações construídas em situações socialmente organizadas para tratar determinados fenômenos como universais, desqualificando os espaços onde tais fenômenos apareceram.

Na tentativa de resgatar a importância do contexto de onde emergem as manifestações da existência-sofrimento, a Etnopsiquiatria, desenvolve uma abordagem do sofrimento psíquico que difere do enfoque biomédico, pois busca

compreender o papel da cultura na estruturação da origem, expressão, curso e tratamento do sofrimento psíquico. Porém, toda a rede de significação em que se baseia esse enfoque teórico, parte dos conceitos construídos pelos atores das “agências terapêuticas”, que pode desconsiderar um conjunto de crenças, valores e significados, muitas vezes considerados irracionais, fora do padrão de normalidade biomédico. Entretanto, esse conjunto de significações é completamente legítimo no contexto sociocultural de determinados usuários do serviço de saúde. (ALVES, 1994)

Souza (1999) destaca a visão do interacionismo simbólico sobre a doença mental, que concebe o *self* como constituído a partir de processos de socialização. Logo o sofrimento psíquico surge como um processo que rompe com o padrão da rotina das interações, o que representa a necessidade de construção de estratégia de interação para lidar com o problema emergente. Dessa forma tanto a origem como o curso e o tratamento da doença se constituem como algo proveniente das forças sociais e situacionais.

Inclusive Pitta (1996, p.40) faz uma crítica à divisão do saber, à super-especialização e à biologização do cuidado, destacando a necessidade de um cuidado integralizado:

Sendo fundamentalmente "biopsicossocial", o homem aparece profundamente ligado à natureza e a cultura que o envolve e que ele transforma (MORIN, 1990; CHANLAT, 1992), portanto, todo o reducionismo, de qualquer dos campos do conhecimento, será sempre insuficiente, parcial. Todo o saber que possa advir sobre quaisquer dos aspectos que nos interesse aqui examinar não pode servir para explicar os outros aspectos. Entretanto, cabe-nos o desafio de trazer para debate agentes e aspectos que neste momento nos parecem importantes, para que estabeleçamos alguma possibilidade de escuta entre quem busca atendimento, quem atende e a organização intermediadora entre uma e outra demanda. Desde já fica a ressalva que, para este salto de qualidade, não basta ouvir, não basta dispor da integridade anátomo-fisiológica do aparelho auditivo. É necessário o ato psicológico de escutar, a possibilidade de verdadeiramente estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, equitativo e, neste sentido, resolutivo, os infinitos caminhos que intermediam a necessidade de ajuda e a ajuda em si.

Assim, na tentativa de superar a produção de cronicidade dos sintomas da doença mental, bem como a segregação social e à inserção das pessoas portadoras de transtorno psíquico no universo de direitos e da democracia, surgem os movimentos

da Reforma Psiquiátrica. Movimento que busca garantir os direitos e a cidadania da pessoa que sofre psiquicamente. Nessa perspectiva a cidadania deve ser trabalhada em paralelo com a emancipação, para garantir o respeito á subjetividade do doente mental. Sendo assim, o próximo tópico fará uma discussão sobre o processo de elaboração e implementação das políticas de saúde mental no mundo e sua repercussão no cenário brasileiro.

2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: LEIS, PROPOSTAS, CONTEXTOS E CONTRADIÇÕES

De acordo com Amarante (2003) houve movimentos na assistência à saúde mental que funcionaram como precursores do processo da reforma psiquiátrica, dentre eles poderemos destacar as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, na Inglaterra, que propunha uma reforma restrita ao espaço do hospital psiquiátrico, caracterizada por medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas.

Outros movimentos citados são a psiquiatria preventiva e psiquiatria de setor, na França e posteriormente nos Estados Unidos, que tinham como proposta levar a psiquiatria à população evitando a segregação e o isolamento do doente; e a antipsiquiatria, outro movimento precursor da reforma psiquiátrica que começou na Inglaterra e posteriormente se desenvolveu na Itália, que questionava a capacidade do saber psiquiátrico no trato com a loucura, principalmente com a esquizofrenia.

Esses movimentos também influenciaram a reforma psiquiátrica na América Latina, que em novembro de 1990, realiza uma Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Neste evento foi aprovada a Declaração de Caracas, um outro importante marco da reforma na assistência em saúde mental nas Américas. No Brasil, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta um projeto de lei no. 3.657/89 aprovado em 6 de abril de 2001, e passou a ser conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei 10.216.

A partir da aprovação da lei da reforma psiquiátrica no Brasil, toda a rede de atenção à saúde mental foi reestruturada, inclusive oito estados aprovaram legislação estadual de Saúde Mental, com exceção da Bahia que trabalha tendo como suporte a legislação do Ministério da Saúde. De acordo com o texto da referida lei, os eixos fundamentais da atenção em saúde mental deveriam se assentar no tratamento extra-hospitalar, realizado por equipe multidisciplinar, com objetivo de trabalhar os aspectos da doença mental dentro do contexto familiar e a partir de uma assistência comunitária, o que está condizente com a proposta da declaração de Caracas e com todo o movimento da reforma psiquiátrica no mundo.

Outro aspecto a ser destacado, abordado pela Lei 10.216, é a proteção aos direitos da pessoa portadora de transtorno mental e a regulamentação de toda a assistência em saúde mental, inclusive a internação, recurso a ser utilizado quando todos os mecanismos extra-hospitalares tiverem se esgotado. Assim, toda a responsabilidade com relação à Políticas de Saúde Mental, à assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos psíquicos, será responsabilidade do Estado, com a devida participação da sociedade e da família. Devendo ser prestada em instituições de saúde mental que tenham como eixo norteador os pressupostos da reforma, ou seja, instituições abertas, localizadas na comunidade e que possibilitem o exercício da cidadania, autonomia e a inclusão da família, no trabalho e na sociedade. (BRASIL, 2004).

Antes disso, na década de 80, durante a tramitação da lei da reforma psiquiátrica, alguns estados como São Paulo e Rio de Janeiro empreenderam mudanças significativas na atenção em saúde mental. Em São Paulo aconteceu a intervenção de uma instituição privada, onde foram verificadas condições sub-humanas de sobrevivência, na Casa de Saúde Anchieta, na cidade de Santos. Assim foi criada a rede de cuidados do Estado que tinha como referência o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), em Santos e o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) Luiz Cerqueira na Grande São Paulo. Na década de 90 o Rio de Janeiro realiza a reestruturação da sua rede de assistência à saúde mental, através da gestão do SUS que assumiu o controle da rede hospitalar, a organização e a qualificação da rede ambulatorial, e a implantação da rede regionalizada de CAPS. Nesse período o

país já conta com a reformulação da legislação de saúde mental no Ministério da Saúde que regulamenta o funcionamento dos NAPS e CAPS, bem como define os subsídios financeiros para o seu funcionamento.

De acordo com o Ministério da Saúde a atuação no NAPS/CAPS deve partir da premissa da autonomia possível e da defesa dos direitos humanos do usuário dos serviços de saúde mental. A lógica teórica destes serviços deve questionar os pressupostos da psiquiatria tradicional buscando a construção de uma nova relação da sociedade com a doença mental, ou seja, propõe caminhos e deve oferecer novos tipos de serviços que permitem a transformação da cultura a cerca da loucura. Com relação a organização dos serviços no CAPS, Nunes (2007, p.189) afirma que:

Parte-se da hipótese de que, em contexto especializado, como o CAPS, os desafios estariam mais concentrados na operacionalização de um novo modelo de assistência, na realização de uma experiência territorializada, participativa, integral e interdisciplinar.

Partindo da premissa de que os usuários que apresentam um quadro de agravo psíquico apresentam peculiaridades que não podem se submeter à rotina de um ambulatório² ou hospital psiquiátrico³, onde as consultas acontecem, nos melhores casos, uma vez por mês, percebeu-se a necessidade de estruturação de serviços que atendessem tais peculiaridades. Nesse sentido afirma Tenório (2002, p.40):

O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado extraclínico. O cuidado, em saúde mental, ampliasse no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os Caps, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc).

² Consultas marcadas a cada seis meses, onde a atenção se restringe a consulta psiquiátrica e a aquisição de medicamentos sem um devido monitoramento dos efeitos colaterais mesmos, e sem uma proposta psicossocial.

³ Consultas psiquiátricas, acesso a outros modalidades de atendimento porém sem uma preocupação com a relação que a pessoa estabelece com seu meio social, visto que no hospital psiquiátrico o sujeito fica isolado de seus antigos vínculos sociais.

Assim, no CAPS, o usuário passa o dia, pode participar de atividades terapêuticas diversificadas, atividades na comunidade, avaliação freqüente com os profissionais, e a noite volta para casa. Somente nos casos de crise ele será encaminhado para um CAPS III ou leito psiquiátrico em hospital geral.

De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes do CAPS deverão ser compostas de 1 psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 outros profissionais de nível superior (psicologia, terapia ocupacional, assistente social e outro profissional necessário à realização do trabalho) e profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades, ou seja, de acordo com o projeto técnico da instituição. Verifica-se que não há uma especificação de acordo com o ciclo de vida da clientela atendida, ressaltando que esse é um aspecto bastante delicado, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes.

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual. (BRASIL, 2004, p.244)

Os NAPS/CAPS dispõem de recursos diferentes e alternativos de cuidados: consultas psicológicas e psiquiátricas, aceitando freqüências irregulares e variadas, funcionando como hospital-dia e hospital-noite. Esses serviços buscam criar um modelo de atenção em saúde mental que leve em consideração a complexidade do processo saúde-doença mental, visando a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, bem como, objetivando superar a utilização da internação psiquiátrica como única forma de tratar a doença mental. Nesses centros são desenvolvidos serviços de assistência visando o acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o

fortalecimento dos laços familiares e sociais. São serviços criados como substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. De acordo com Nunes (2008, p.188):

Um ponto em comum a todos esses modelos é a denúncia da situação manicomial e os esforços encetados na sua superação. Em todos esses movimentos, observa-se, em maior ou menor proporção, a relação concebida entre ações intra e extra-hospitalares, sendo a relação estabelecida com o espaço sócio-cultural mais vasto um aspecto que define as diferenças entre esses modelos.

Os CAPS são classificados e divididos em 5 tipologias: CAPS I, II e III, CAPSad e CAPSiA, de acordo com a população atendida e outros possíveis critérios definidos pelos gestores locais. Os CAPS I, II e III são voltados para o atendimento de pessoas adultas com transtornos psíquicos graves. A tipologia depende do quantitativo da população local, sendo o CAPS I em regiões com 20.000 a 70.000 habitantes, o CAPS II em regiões com 70.000 a 200.000 habitantes e o CAPS III em regiões com mais de 200.000 habitantes. Além do critério populacional, o CAPS III deve funcionar 24 horas e ter leitos para internação, podemos compará-los aos NAPS da cidade de Santo, tanto pela complexidade dos procedimentos realizados, quanto pela abrangência da clientela atendida. O CAPSiA para crianças e adolescentes e CAPS AD para o atendimento da população que sofre com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo que ambos deverão estar localizados em regiões com população acima de 200.000.⁴

Com a aprovação da Lei 10.216, em 2001 observou-se avanços significativos na legislação nacional de saúde mental: tanto em termos de financiamento para serviços substitutivos de saúde mental, quanto para programas de inclusão social e assistência farmacológica. E no que diz respeito ao financiamento da rede de atenção em saúde mental, devido ao fechamento dos leitos dos serviços asilares/manicomiais, o Ministério da Saúde propôs o redirecionamento dessas verbas, antes destinadas aos leitos em manicômios, para a implantação de serviços substitutivos de novas ações territoriais e comunitárias, ou seja, a abertura, implementação e gestão do funcionamento dos atuais CAPS, assim como também para a abertura leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e não mais em hospitais

⁴ <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm>

psiquiátricos ou asilos como antes. Através da portaria GM No. 52 de janeiro de 2004, o Ministério da Saúde estabelece os critérios para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos:

1. O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário. Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASH-Psiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social.
2. Os hospitais psiquiátricos com mais de 160 leitos contratados/conveniados pelo SUS deverão reduzir progressivamente seus leitos contratados/conveniados, de acordo com limites máximos e mínimos que atendam às necessidades de garantia da adequada assistência aos usuários do SUS, com base em planificação local e regional. (BRASIL, 2004 p.1)

Um dos grandes problemas apontado por alguns autores na reforma psiquiátrica brasileira é que os leitos foram desativados antes da rede alternativa estar implantada e funcionando bem (GENTIL FILHO, 2007). No caso da Bahia, o atraso na construção de uma política local de saúde mental, bem como a implementação de uma rede de serviços pode ser resultado da predominância de liderança de partidos políticos mais conservadores, com uma política verticalmente estruturada. Cultura política que pode ter comprometido a elaboração de uma lei estadual de saúde mental, bem como a implementação de propostas de serviços que implicam numa participação maior da sociedade civil na arena de decisões das políticas de saúde mental.

Alguns estudos como o de Souza (2001) já aponta para movimentos de associações de usuários e familiares. De acordo com o autor, desde a década de 80 tais associações passam a marcar presença nas arenas de decisões das políticas de

saúde mental e na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica. Outro aspecto destacado é que as associações de usuários apresentam uma peculiaridade, pois procuram representar aqueles que legalmente não podem se representar, pois segundo o código civil, são incapazes de exercer seus direitos civis. De acordo com o autor, os grupos associativos de usuários e familiares:

[...] rotagonizam o processo reivindicatório por novas formas de cuidado para a “existência sofrimento” dos doentes mentais. Reivindicam, para além dos sintomas e da doença, protagonizar uma história de mudanças, forjar um novo olhar sobre o adoecer mental e todas as suas implicações. O protagonismo do cidadão, ao participar efetivamente dos problemas do seu mal-estar psíquico, parece propiciar a construção/consolidação de uma consciência social do problema. (SOUZA, 2001, p.935).

O Ministério da Saúde, por sua vez, procura incentivar a inclusão social de pessoa com transtorno psíquico mediante programas como o “De Volta para Casa” que proporciona auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações hospitalares para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidades hospitalares, o que já vem acontecendo, de fato, na Bahia e demais estados.

Outro aspecto que merece destaque é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Ministério da Saúde determinou quais os medicamentos básicos e de alto custo de atenção em saúde mental que devem ser disponibilizados nas unidades públicas de saúde mental. Apesar da implementação, a atenção farmacológica em saúde mental não tem dado conta da demanda real de usuários dos serviços de saúde mental, o que pode estar relacionado ao enfoque no tratamento medicamentoso destacado pelo modelo biomédico.

Se os avanços em termos de legislação são indiscutíveis, por outro lado quando se fala sobre processo de transformação da prática na atenção em saúde mental, ainda se verifica uma distância significativa entre a proposta de lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira e o cotidiano dos serviços de saúde mental. Convive-se com a lentidão na implantação dos serviços alternativos e com a ausência de fiscalização na aplicação dos recursos, sobretudo a situação do estado da Bahia. Com relação à distância

entre propostas legislativas e práticas nos serviços de saúde Pitta (1996, p. 37) afirma:

Não vamos privilegiar um olhar generalizador do que acontece no cuidado à saúde, neste momento, no país. Não que não seja importante dispormos de macroelementos de análise (outros o farão mais apropriadamente), mas, almejamos buscar revelar faces habitualmente ocultadas nas relações entre o doente e o seu cuidador, com toda a teia complexa de interesses, disputas, jogos, estratégias defensivas. Tarefa tão necessária quanto difícil na medida que os instrumentos habituais de análise de determinantes de qualidade de cuidados de saúde devem examinar a distância entre o prescrito nos planos e programas, de países à instituições singulares, e o que é sentido e avaliado pelo doente e a sua rede de relações. Ainda não dispomos de saberes, métodos, instrumentos e técnicas, capazes de mensurar a distância entre o que se diz fazer e o que verdadeiramente se faz ou é percebido como feito.

Mesmo com a implantação dos serviços substitutivos, continua-se convivendo com a carência de serviços de saúde mental que possa dar suporte em situações de crises em que se faz necessário o internamento. Por outro lado é necessário ter em conta que mudanças como as propostas para serem efetivas, precisam ser acompanhadas por transformações culturais sobre as representações a cerca das pessoas portadoras de agravos psíquicos, suas necessidades e direitos. Esse é um processo longo que demanda seu tempo e trabalho educativo.

Outro aspecto a ser destacado é que a reestruturação dos serviços tem acontecido para atender as propostas do ministério da saúde e são voltados para a não perda dos prazos estipulados para os recursos financeiros, sem uma devida avaliação dos serviços oferecidos. Não se pode perder de vista que a proposta dos CAPS de trabalhar na desinstitucionalização e ressocialização dos pacientes com transtornos mentais é uma conquista, porém algumas destas novas instituições, apesar da reforma na estrutura física e no nome, continuam trabalhando na lógica asilar/manicomial, pois não mudou ainda a cultura e a forma dos profissionais verem e se posicionarem, sobre a sua intervenção em saúde mental.

É importante ressaltar que mesmo com o movimento da reforma psiquiátrica, com a implantação dos serviços substitutivos, continua-se convivendo paralelamente com serviços asilares e ambulatoriais que não operam com o modelo psicossocial de desinstitucionalização e reabilitação social.

Em se tratando da formação de recursos humanos para trabalhar de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, um aspecto importante a ser destacado sobre a relação a prática médica, é que a formação em medicina na Bahia conta apenas com uma residência em psiquiatria, a qual não trabalha com os pressupostos da reforma psiquiátrica. Atualmente duas pós-graduações no formato de residências, uma na UNEB (Universidade do Estado da Bahia) no Departamento de Ciência da Vida apresentam uma linha de trabalho em saúde mental, e outra no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (Universidade Federal da Bahia) trabalha com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

3 FAMÍLIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO

Apesar da questão familiar ser muito discutida nos serviços de saúde mental, não se tem encontrado um quantitativo significativo de pesquisas sobre família e saúde mental. Em alguns estudos, como os psicanalíticos, a família aparece como a gênese de toda ordem de transtorno do desenvolvimento, entretanto esse trabalho não pretendeu focar sua discussão nesse sentido. Quando se discute a relação família e saúde mental faz-se necessário levantar alguns questionamentos: como se estruturam as famílias onde eclode o sofrimento psíquico? Qual a repercussão desse evento numa família? Quais os espaços de atenção e cuidado dispensados para essa instância que assume os cuidados de uma pessoa que muitas vezes não consegue compartilhar seu mundo com sua própria família?

Sendo assim, esse capítulo busca fazer um apanhado sobre o conceito de família, seu papel, as transformações pelas quais a mesma vem passando no decorrer da história, como estas se envolvem com o sofrimento psíquico e procura discutir a repercussão desse envolvimento nas estruturas familiares como um todo.

A família, de acordo com Monteiro (2000) e Bassit (1992), é definida como um núcleo com determinadas pessoas convivendo em determinado lugar, com ou sem laços consangüíneos, durante um período de tempo que recebe influência da cultura e do seu contexto social, bem como influencia o mesmo, e os membros do meio familiar.

Hita (2001, p.2) apresenta a seguinte conceituação de família de acordo com trabalhos sócio-antropológicos:

Uma forma de definir família é aquela dos trabalhos sócio-antropológicos que a identificam como unidade de produção (função que com o desenvolvimento industrial vinha sendo perdida mas que com a atual redefinição da economia informal deverá ser revisada), de reprodução social e de consumo, onde se estabelecem complexas e dinâmicas relações sociais entre seus membros. Em outras palavras é um espaço de convivência de um conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem relações entre si de afeto, solidariedade, tensão e conflitos.

Carvalho (2003, p.111), apresenta outro conceito de família, grupo social constituído com base em relações de parentesco culturalmente e historicamente determinadas, que embora não se oponha ao anterior, procura refletir mais a multiplicidade de formas de estruturação com que esse que grupo social se apresenta.

De início, vale reafirmar que o conceito de família é polissêmico, com várias acepções. No sentido mais restrito, ele se refere ao núcleo familiar básico. No mais amplo, ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consangüíneos, consensuais ou jurídicos, que constituem complexas redes de parentesco atualizadas de forma episódica por meio de intercâmbios, cooperação e solidariedade, com limites que variam de cultura, de uma região e classe social a outra (SALLES, 1999; 2002; TUIRÁN, 2002). Nas sociedades contemporâneas ocidentais, o modelo arquetipo é a família conjugal tradicional, constituída pelo casal e seus filhos não emancipados, e que residem em um domicílio independente. Contudo, como já se avançou, há uma brecha clara e crescente entre este modelo e uma realidade muito mais plural, na qual uma proporção crescente de famílias não se enquadra nesse padrão.

O conceito de família utilizado nesse trabalho será o de grupo social vinculado por laços consangüíneos, consensuais ou jurídicos, morando ou não em uma mesma residência, que mantém entre si ligações de solidariedade, pois a partir dos estudos sobre o tema se verifica que as relações de cuidado e solidariedade, além dos laços de sangue, são aspectos que caracterizam e mantêm os sentimentos de pertença a uma determinada família.

Dessa forma, discutir a categoria família e parentesco implicará abordar o imbricamento com outros domínios e esferas da cultura. Visto que na vida social não é possível determinar nada como pronto e/ou natural, mas entre redes de significados construídos a partir de um sistema interpretativo proveniente de articulações de um conjunto de símbolos originários de um grupo social específico de uma determinada sociedade. De acordo com Velho (1981) os significados referidos acima podem diferir em diferentes grupos sociais e nem sempre são claros para os sujeitos que o compartilham, cabe ao pesquisador mapeá-los através de uma interlocução cuidadosa.

Sarti (1996), no seu estudo sobre moralidade na família, aborda a importância da família como referência simbólica para os pobres. Para a autora, a família pensada como uma ordem moral “constitui um espelho que reflete a imagem com que os pobres ordenam e dão sentido ao mundo social” (p. 4). Referência simbólica que quando se confrontam com a realidade vivenciada pelos sujeitos sociais podem se constituir em elementos estressores e geradores de tensão nas relações interpessoais.

De acordo com a autora, a família pobre se organiza de forma que a mulher é responsável pela ordem na casa e o homem responsável pela família, ou seja, impor uma imagem da família que deve ser respeitada. A responsabilidade pela família inclui a questão do provimento, que, em se tratando da classe pobre, o desemprego acaba impossibilitando que o homem desempenhe seu papel, comprometendo assim as relações familiares, o que tem levado muitas mulheres a trabalhar fora e assumir o sustento da casa.

Essa referência de respeito conferida à figura masculina durante muito tempo foi revestida de um autoritarismo e violência. No estudo de Sarti (1996) a mesma destaca como as mulheres de uma família destituem um pai/marido desse poder, utilizado para legitimar a violência a qual submetia essa família, após este ficar desempregado e se entregar ao alcoolismo. A mesma destaca que uma boa obediência implica em uma boa autoridade, e que uma má autoridade que descuida de seus deveres não deve ser respeitada:

A autoridade paterna perdeu sua força simbólica, incapaz de mobilizar os elementos morais necessários à obediência, abalando a base de sustentação dos padrões patriarcais em que se baseiam a família pobre. (p. 37)

Nesse sentido Hita (2001) destaca que o prestígio da autoridade masculina só pode ser exercido quando o homem consegue se manter no lugar do provedor da casa, isto é, com recursos econômicos para garantir as necessidades materiais da casa. Assim como a impotência frente a impossibilidade de desempenhar tal papel social

pode funcionar como elemento desencadeador de violência masculina, merecendo destaque a violência doméstica.

Sarti (1996) mostra que os estudos recentes entre pobres urbanos apontam para a manutenção da força simbólica dos padrões patriarcais, reafirmando o papel central do homem como mediador da família com o mundo externo, inclusive ocorrendo uma fragilização das famílias onde não existe um homem para prover a casa de alimento e respeito. A autora relata no seu estudo sobre a frustração das famílias que precisaram continuar morando na casa de seus pais, após casar ou ter filhos. Outro aspecto destacado são as regras implícitas na convivência cotidiana, ou seja, papéis bem demarcados na hierarquia familiar, estabelecendo as fronteiras entre masculino e feminino, crianças e adulto, e que confere ao homem um lugar de autoridade dentro da família.

Porém o fato do homem ser identificado como referência de autoridade não priva a mulher de usufruir de tal autoridade, ou seja, esta autoridade é dividida, a casa é identificada como a mulher e a família como o homem, um par complementar e hierárquico. O homem é responsável pela respeitabilidade da família na rua, e a mulher cabe manter a unidade do grupo familiar, ela cuida de todos e zela para que tudo esteja em ordem dentro da casa. E no caso das famílias com chefias femininas a mulher acaba assumindo o papel de manter essa autoridade na rua, ou outro membro do sexo masculino da família de origem, o pai ou um irmão, acaba lhe auxiliando nessa tarefa.

Um aspecto importante a ser sublinhado, é que as condições de trabalho das mulheres nas classes populares, são bastante desfavoráveis, pois como já foi discutido, inicialmente, há uma subvalorização da mão de obra feminina nos serviços domésticos remunerados. Além disso, o trabalho masculino encontra condições mais favoráveis como cita Macedo (2008):

[...] um dado importante para se entender porque a chefia masculina se dá em condições mais favoráveis: não apenas a força de trabalho masculina possui um nível de remuneração mais elevado que a feminina na esfera da produção, mas também possui maciçamente a chance de contar com cônjuge, na condição co-provedora ou de responsável por grande parte do trabalho de reprodução do grupo doméstico (quando não é quem se ocupa dele como um todo) (Macedo, 2008, p. 395).

Apesar dos estudos sobre família ainda considerar o modelo tradicional de família nuclear, pai, mãe e filhos (VELHO, 1981, ROUDINESCO, 2003, COSTA, 1979, e SARTI, 1996) como modelos de referência, o que se observa em estudos sobre famílias de classes populares é que predominam outras configurações familiares. Há o predomínio de famílias extensas, com vários núcleos convivendo numa mesma residência e com chefias femininas. Nesse sentido, Carvalho (2003), destaca que é importante diferenciar grupo familiar de grupo residencial, pois mesmo diante dos arranjos da atualidade, onde famílias diferentes vivem numa única residência em função de diferentes aspectos como ciclo de vida, problemas econômicos, dificuldades emocionais, a família pode extrapolar a residência. Ou seja, mesmo estando em espaços diferentes pode manter as referências de cuidado e solidariedade, dentre outros valores.

De acordo com Sarti (1996) com a incorporação da mulher no mercado de trabalho e o controle da contracepção, algumas questões da vida familiar moderna vêm à tona, ou seja, de um lado o conflito entre a afirmação da individualidade, e de outro as obrigações e responsabilidades próprias do vínculo familiar. Porém na família pobre *este conflito aparece pouco acentuado pela procedência do todo – família – sobre as partes- os indivíduos -, fazendo com que as relações familiares entre os pobres sigam um padrão tradicional de autoridade e hierarquia* (p.1). Sendo assim a afirmação individual enfrenta certa dificuldade que aparece como incongruência entre esse universo moral dos pobres, no qual as obrigações em relação aos familiares sobrepõem os projetos individuais.

Entre os pesquisadores que trabalham com o tema família, Costa (1999) faz uma discussão sobre a estruturação e o papel do grupo familiar no decorrer da história. Nesse estudo, o autor destaca desde seu papel enquanto pilar de proteção, de continuidade do grupo social, até o momento em que essa estrutura é considerada como o foco de conflitos e gênese de todo tipo de transtorno experimentado pelos seus membros. Nesse momento, o saber científico se apropria da família, que passa a ser seu objeto de investigação, ressaltando o saber médico e de outras áreas das ciências humanas. Ou seja, grupo familiar passa a foco de investigação e

intervenção, inclusive aquelas que fogem ao padrão burguês nuclear, é merecedora de todo tipo de cuidado, por ser considerada desestruturada. Com relação a este aspecto o autor afirma:

[...] a desestruturação da família é sucessivamente imputada ao afrouxamento dos laços conjugais; ao enfraquecimento da autoridade dos pais; à emancipação da mulher; ao conservadorismo do homem; à rebeldia da adolescência; à repressão à infância; ao excesso de proteção aos filhos; à ausência de amor para com eles. Em suma os indivíduos estariam desaprendendo as regras de convivência que mantinham a família coesa. (Costa, 1999, p. 11)

Porém Carvalho (2003) desmistifica essa aparente desestruturação como resultado de uma adaptação da estrutura familiar às transformações ocorridas na sociedade destacando que:

À primeira vista, essa nova realidade pode dar a impressão de que as famílias estão desestruturadas, ameaçadas, ou, até mesmo, em vias de extinção. Uma leitura mais cuidadosa e acurada, porém, deixa patente sua plasticidade e sua enorme capacidade de mudança e de adaptação às transformações econômicas, sociais e culturais mais amplas, bem como sua persistente relevância, notadamente como espaço de sociabilidade e socialização primárias, de solidariedade e de proteção social. (p.112)

Macedo (2008) sugere a necessidade de uma reflexão sobre a feminização da pobreza, onde se parte da concepção que se o homem sai do papel de referência da família, estas se desestruturam ou entram em degradação.

Assim, falar em chefia feminina significa entender que, atualmente, essa é uma situação vivenciada por mulheres pertencentes a diferentes classes sociais e, em especial, aquelas residentes nos grandes centros urbanos. Portanto, entre outras dificuldades, a tarefa aqui proposta apresenta um duplo desafio: em primeiro lugar, romper com a associação direta e exclusiva desse fenômeno com os processos de exclusão social que terminaram por definir um perfil tradicional da chamada família “parcial” e “incompleta”, chefiada por mulheres em situação de pauperização e marginalidade – como se elas pertencessem exclusivamente aos estratos mais empobrecidos da população. (p.389).

O processo de feminização da pobreza pode ser associado às concepções de uma sociedade patriarcal conservadora, que tenta negar as conquistas das famílias chefiadas por mulheres, bem como as transformações sofridas por esse grupo social

que acompanham as mudanças nas demais instâncias sócio-culturais, educacionais e econômicas. Nesse sentido Macedo (2008) afirma:

Uma das primeiras constatações é a percepção da coexistência de uma diversidade de modelos de famílias e estilos de vida, superando-se uma visão conservadora em torno da suposta “crise da família”, ou mesmo de sua extinção. (p.390)

Porém, a presença da chefia feminina, principalmente nas classes populares, segundo a autora, não é algo da contemporaneidade, mas presente em diversos momentos da história da sociedade. Em relação a isso afirma Macedo (2008):

Mas, nesse processo, outros estudos, de natureza mais histórica, vão buscar refletir que o fenômeno da chefia feminina não constitui uma problemática completamente nova no Brasil, sendo um arranjo recorrente no século XIX, logicamente que entre as famílias menos abastadas em importantes estados do país como São Paulo (DIAS, 1984) e a Bahia (MATTOSO, 1988; BORGES, 1992); outros estudos, posteriormente, vão corroborar esses achados (COSTA, 1998; SAMARA, 2002). (MACEDO, 2008, p.393).

Nesse sentido a autora afirma:

Sendo assim, a combinação de fatores objetivos – como a ampliação da entrada da mulher no mercado de trabalho nas três últimas décadas – com as profundas transformações nas subjetividades, num contexto de globalização e avanço de movimentos sociais e de novos protagonistas sociais, como o movimento feminista, vai produzir uma situação de grande complexidade, reafirmando a idéia de que a ampliação dos domicílios com chefia feminina é um processo multideterminado e, por tanto, também, multifacetado. Daí se afirmar que as famílias chefiadas por mulheres precisam ver vistas como o resultado, como lembra Berquó (2002, p.245), de um conjunto de “transformações econômicas, sociais, culturais e comportamentais que vão se sucedendo ao longo do tempo”, e que produzem variações nas trajetórias das mulheres, fazendo que essa chefia possa ter múltiplos significados, tais como a situação da mulher solteira, viúva ou separada com filhos, ou daquela que pode ser casada e estar coabitando com companheiro e filhos, ou encontrar-se nessas mesmas condições e ainda estar vivendo com parentes e outros agregados. (Macedo, 2008 p.394-5).

Em estudos sobre a família no contexto atual, nos quais se destacam as transformações sociais e econômicas, Carvalho (2003) evidencia alguns papéis da família:

A família é apontada como elemento-chave não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações. (p.1)

Diante do exposto, além da atribuição de perpetuação da sociedade através da coesão construída a partir do compartilhar de valores e crenças, à família cabe também o papel, dentre esses valores, de expandir a noção de solidariedade, que pressupõe trocas e cuidados, vale ressaltar que a mulher é a protagonista deste processo. Hita (2001) ainda destaca que são as mulheres responsáveis em manter viva a rede social, o vínculo com parentes e vizinhos, através de trocas e favores, o que acaba construindo certo suporte para os momentos difíceis, como enfrentar extrema situação de pobreza, separações conjugais e eclosão de sofrimento psíquico, dentre outros.

Costa (1979) e Roudinesco (2003) afirmam que o papel da mulher, no decorrer da história da humanidade, sempre foi de cuidar da casa e dos filhos. Desde o cuidado com o lar até o cuidado nas escolas e nos serviços de saúde, apesar de haver, hoje, uma maior inserção masculina em áreas como educação e saúde, particularmente na enfermagem, a figura feminina ainda é predominante. Quando se trata de áreas com formação escolar de nível médio ou para os cuidados domésticos, então, verifica-se uma presença marcante do sexo feminino, como afirma Pitta (1996, p.47):

Hoje, alguns séculos mais tarde, as coisas se modificam. Os cuidadores modernos são, entre nós, mais freqüentemente mulheres, solteiras, brancas, com idade entre 25 e 40 anos, tendo majoritariamente cursado até o colegial, exercendo ocupações artesanais de baixa qualificação, tendo uma renda per-capita de até dois salários mínimos trabalhando de dez a doze horas por dia, em turnos fixos ou alternados. Sentem ora corrido, ora suficiente o tempo destinado a exercer tarefas habitualmente repetitivas. Participam do planejamento das tarefas quando conseguem ter próximo quem lhes supervisione. Não fazem pausas, e, quando saem do trabalho querem "descansar", sem disposição para se divertir, estudar ou continuar trabalhando. Consideram o trabalho insalubre e perigoso e adoecem com facilidade por problemas físicos e psicossomáticos. As mulheres mais pobres e menos qualificadas têm cinco chances a mais de apresentar sintomas de sofrimento psíquico que os homens mais ricos e mais qualificados. A natureza do trabalho ao lidar com dor, sofrimento e morte influencia a produção de sintomas e doenças; para alguns grupos, entretanto, até atua como fator de proteção quando comparados com outros que, não lidando diretamente com gente, se mostram mais insatisfeitos e

adoecidos, talvez porque estejam impossibilitados de receber gratidão e reconhecimento pelo que fazem.

Lima (2005) corrobora que à mulher se atribuiu a função de cuidar e mesmo quando desempenha seu papel fora da casa, predominam funções associadas ao sacerdócio, como o magistério, a enfermagem, o serviço social, a psicologia, sempre menos remunerado que outras atribuições tidas como masculinas. A autora ainda destaca que mulheres bem qualificadas profissionalmente quando alcançam o mesmo patamar salarial masculino, têm que assumir a dupla jornada, trabalhar fora e em casa. Nesse sentido destaca Macedo (2008, p.396):

A referida crítica à matriz cultural dominante, possibilitada pela perspectiva de gênero, evidencia que ainda são preservados modelos mais ou menos rígidos em torno das expectativas acerca da maternidade ou maternagem e paternidade ou paternagem, em que a “ética do cuidado” (SCAVONE, 2001) é supervalorizada, o que faz com que o filho ainda seja, prioritariamente, objeto de cuidados da mãe. Assim, as ideologias de gênero são a base para se entender o que vai definir a identidade primeira desse grupo – *mulher*, depois, *chefe de família*. Inclusive, é o principal fator que lhes define um “lugar” no mundo: tornam-se chefes de família porque são *mães*, num contexto social que prevê um modelo de maternidade ou maternagem, socialmente construído, baseado na hipertrofia de suas responsabilidades parentais. (SCAVONE, 2001).

Carvalho (2008) discute a questão das raízes biológicas ou culturais desse processo de delegação ou assumpção por parte das mulheres da tarefa do cuidar. Porém mesmo o enfoque psicobiológico que fala sobre a questão da parentalidade, ou seja, a construção dos vínculos de gestar, amamentar e cuidar que acentuaria a tendência da mulher ao papel do cuidado, de certa forma encontra uma vertente cultural da perpetuação desse papel. É necessário perspicácia nessa análise para não cair no reducionismo da sobrecarga feminina a questões puramente culturais ou biológicas, visto que são aspectos que sempre se entrecruzam na abordagem do desenvolvimento humano.

3.1 FAMÍLIA E ECLOSÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Com relação à família e sofrimento psíquico, dependendo do grupo social no qual o sofrimento irrompe, este estará imbricado em questões como representação da doença, aspectos culturais, classe social e porque não dizer, demanda das relações de gênero, visto que o turno de trabalho da mulher é multiplicado, principalmente nos domicílios de chefia feminina. Pois além de trabalhar fora para manter as necessidades materiais da casa tem que assumir os cuidados com esta, com a família, e o(s) membro(s) que desenvolve a “doença mental”.

Quando uma pessoa desenvolve um transtorno mental, a família passa por todo um processo de reestruturação, desde aspectos econômicos até aspectos emocionais. Pois como afirma Carvalho (2003, p.109) o grupo familiar continua tendo papel relevante e central no suporte tanto econômico, principalmente nas situações acima referidas.

Ainda que determinados fenômenos venham suscitando alguns questionamentos sobre a centralidade e o futuro da família nas sociedades contemporâneas, suas responsabilidades e suas funções sociais não parecem ter perdido a relevância, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos que não chegaram a estabelecer um Estado de Bem- Estar e um sistema de políticas sociais mais consistente, como é o caso do Brasil. Essas funções e responsabilidades seriam particularmente demandadas nas situações de adversidade.

Searls (1981) em estudo sobre família e esquizofrenia afirma que frente à complexidade das relações interpessoais, dos processos familiares e sócio-dinâmico mais amplos, não seria possível considerar a família como instância responsável pela etiologia do sofrimento psíquico. Uma vez que a própria família não está preparada para lidar com as situações e seus desdobramentos, necessitando muito mais de suporte do que de culpabilização e/ou acusações.

Moreno (2003) aborda, no seu trabalho, uma discussão sobre o lugar ocupado pela família na história da atenção a saúde mental, que vai desde um processo de responsabilização pela etiologia da doença mental, o que legitimava o internamento visando proteger o “doente”, até o reconhecimento da importância da socialização e

da família para a vida dessas pessoas. A partir da Reforma psiquiátrica a atenção à família, passa a figurar como algo necessário a ser contemplado pelas políticas de saúde mental. Nesse sentido a autora afirma:

Outra questão muito enfatizada no Movimento da Reforma psiquiátrica é a importância das mudanças culturais que devem ocorrer em relação ao imaginário social sobre a doença mental. O familiar é apontado como ator privilegiado nas transformações que deveriam acontecer no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, centrado na acolhida, na escuta e em novas formas de convívio, através da superação dos tratamentos anteriores baseados no isolamento e exclusão. (MORENO, 2003, p.47).

A postura da família, segundo Miles (1982), frente ao desenvolvimento do sofrimento psíquico de um de seus membros, tem oscilado desde a negação, escondendo que existe na família alguém que desenvolveu uma doença mental; a normalização, tentando estabelecer relações normais com o grupo social ou a dissociação, afastando-se do grupo social com medo de que seja discriminada. Goffman *apud* Miles (1982), relaciona a primeira e a última postura com o estigma criado em torno do doente mental. De acordo com Souza e Scatena (2005) algumas pesquisas têm demonstrado que, com a reforma psiquiátrica pouca assistência tem se dado à família do doente mental, apesar deste ser um aspecto central dos pressupostos da reforma, a desinstitucionalização.

Pegoraro (2008) chama atenção para a necessidade de um melhor suporte para as famílias em situação de vulnerabilidade, visto que, estas são mais suscetíveis de buscar internamento como suporte, inviabilizando assim a desinstitucionalização proposta na Reforma Psiquiátrica.

A vulnerabilidade das famílias mais desfavorecidas que se responsabilizam por indivíduo adulto, improdutivo e que requer cuidados, em alguns casos constantes, não é discussão nova em nosso meio. Em 1993, Tsu já apontava para esta situação. Se à situação de vulnerabilidade não se somarem ações por parte dos profissionais de saúde, coloca-se em risco a intenção de desinstitucionalização da saúde mental no país, pois a família pode compreender que o usuário é mais um encargo com o qual deve lidar. O já clássico livro de Tsu (1993) relaciona os encargos emocionais e materiais com os cuidados aos usuários de famílias menos abastadas às solicitações dos familiares pela internação, como forma de divisão de encargos pelo paciente com o Estado. (p. 304).

Esse aspecto também foi discutido por Moreno (2003) que afirma que as famílias mais sobrecarregadas com o cuidado a seus membros que apresentam sofrimento psíquico acabam recorrendo ao internamento como uma forma de amenizar os desgastes. Pegoraro (2006 e 2008) destaca nos seus estudos, o sofrimento psíquico dos familiares decorrente da sobrecarga com os cuidados com seus membros que adoecem e com as demais atribuições cotidianas, destacando que muitas vezes mais de uma pessoa apresenta sinais desse sofrimento, e necessita de cuidados tanto informais quanto especializados.

Um dos temas encontrados neste conjunto de concepções e vivências compartilhadas por famílias das quais um dos componentes se apresenta em situação de sofrimento mental, é certamente o da sobrecarga com que tais famílias arcam ante o cuidado ao usuário. De acordo com a literatura, o termo “sobrecarga familiar” (do inglês “family burden”) fundamenta-se no impacto provocado pela presença do portador de sofrimento mental junto ao meio/ambiente familiar e envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado necessário e exigido pelo usuário. (2006, p.570).

Com relação ao cuidado, com a implantação da proposta da Reforma psiquiátrica, Waidman (2005) realizou um estudo bibliográfico sobre o suporte aos familiares de pessoas “portadoras” de sofrimento psíquico. A autora destaca que cuidar é um aspecto central do processo de transformação da atenção em saúde mental, visto que tanto a família como as pessoas que apresentam o sofrimento, na maioria das vezes, vivem segregadas. A mesma afirma:

O cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e sua família no seu cotidiano. No entanto, cuidar da família dentro da perspectiva de desinstitucionalização significa dar espaço para que ela expresse e trabalhe esses sentimentos e encontre caminhos para viver melhor.(p.342).

Analisando os estudos, o que mais se destacou foi a questão ética no cuidado. Eles ressaltam a necessidade de haver ética no cuidado ao portador de transtorno mental e sua família, respeitando-se a sua cidadania e promovendo a sua reabilitação. Esta ética envolve também o respeito ao cuidado familiar desenvolvido dentro da família, o compartilhar do saber do profissional com o saber familiar. Um cuidado ético preocupa-se com tudo que envolve o ser humano, com tudo que o rodeia, ou seja, com a sua singularidade, igualdade, desigualdades, harmonias e conflitos. Não pode ser baseado numa única estratégia; deve ser livre, criativo e não pode ter medo de inovar. (p. 343).

Outro aspecto focado pela pesquisadora é a necessidade do compromisso da equipe de profissionais, que trabalham com a atenção em saúde mental, estarem

implicados eticamente com o bem estar da família como um todo, ou seja, o serviço tem que estar implicado com a satisfação das necessidades do grupo familiar. Apesar de destacar a importância desse acolhimento, a autora sinaliza que mapeou a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional e a família, em que o diálogo não era considerado com fundamental para a intervenção em saúde mental.

Segundo Pitta, citada por Ferrer (2007), as instituições de saúde devem administrar os problemas emocionais vivenciados por familiares e usuários, o que se aplica também aos serviços de saúde mental.

Sentimentos como depressão e ansiedade de doentes e familiares devem naturalmente ser projetados no hospital, através de seus elementos de mediação – os trabalhadores do hospital -, a quem cabe decidir questões importantes, e assumir responsabilidades que, de uma forma igualmente natural, poderiam e até mesmo deveriam ficar com os enfermos e suas famílias”. (PITTA, 1999, p.65 *apud* Ferrer, 2007).

Ferrer (2007) destaca o papel da linguagem na expressão do sofrimento. Ao solicitar uma escuta a linguagem transforma a experiência em algo concreto.

Porém as fronteiras entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento-prazer são imprecisas, vagas e se superpõem em camadas que não se discernem, muitas vezes impossíveis de exprimir com palavras. (p. 41).

De acordo com a autora, é necessário destacar as marcas registradas no corpo com expressão das vivências, que quando são dolorosas vêm a se configurar como uma reação ou expressão da batalha para viver em um ambiente que se apresenta como hostil ao desenvolvimento humano.

O perigo pode estar interiorizado, somente como fruto do imaginário, ou concretamente no ambiente, sendo representado por uma ameaça, ou ainda pode se configurar em uma mescla de experiências e memórias. (FERRER, 2007, p.41)

A apropriação através da linguagem possibilita a construção de estratégias de enfrentamento dos perigos reais, e desmistificação do que é fruto do imaginário. No caso das famílias, a apropriação da proposta da Reforma Psiquiátrica, para a reconstrução de seus saberes e práticas na lida com o sofrimento psíquico.

Entender as transformações necessárias implica lançar um olhar sobre as práticas familiares nos serviços asilares/manicomiais, ou seja, uma participação restrita no

percurso do usuário durante o internamento, e desconsideração sobre os direitos do “doente” mental. Esses direitos foram um dos aspectos incorporados na discussão da Reforma Psiquiátrica. Quando a pessoa que sofre psiquicamente passa a exercer os seus direitos de cidadão, participando ativamente no grupo social, a relação de co-dependência com a família ou com a instituição de saúde é quebrada. Passando a existir um processo de interdependência, onde a família também deve desenvolver sua autonomia, o que pode implicar em sentimentos de perda, ou seja, perda do papel/lugar que família desempenhava/ocupava na vida do “doente”, do “inválido”. (MACEDO, 2003). Quando o autor discute esse aspecto ele retoma os conceitos de co-dependência e interdependência (ELIAS, 2000 e GIDDENS, 2000).

De acordo com esses conceitos as relações sociais se estruturam como processos de complementaridade, e quando um sujeito desenvolve um problema que passa a depender de outras pessoas da sua rede social, as relações se organizam em função daquele problema. A partir daí qualquer transformação ocorrida afeta essa rede. No caso da família onde o sujeito desenvolve um sofrimento psíquico, apesar das dificuldades enfrentadas na labuta cotidiana, esta se estrutura em função das necessidades de seus membros, e quando estes se emancipam a antiga organização familiar perde seu sentido, necessita se reestruturar, encontrar outro função para sua existência que não seja a dedicação à “doença” mental. Nesse sentido afirma Pegoraro (2006, p.570):

Do ponto de vista da sobrecarga emocional, os familiares com contato mais próximo ao indivíduo em situação de sofrimento mental usualmente não dispõem de tempo nem de espaço para manter outros relacionamentos; envolvem-se apenas com o que diz respeito à doença mental, tornando o vínculo sobrecarregado de cobranças e exigências em relação a eles mesmos e à pessoa de quem cuidam. A distância entre a família e o corpo social pode ser exemplificada pela ausência a festas e eventos, diminuição do número de visitas a amigos e parentes.

A relação com os benefícios da Previdência Social, que garante o suprimento de necessidades materiais é um exemplo concreto de relações de co-dependência entre familiares e seus doentes, diante da situação de pobreza em que vivem os usuários dos serviços de saúde mental. Muitas vezes esse benefício é a única fonte de renda do grupo.

Conforme proposta da Reforma Psiquiátrica é necessário trabalhar a emancipação e a cidadania da pessoa que desenvolve transtorno psíquico. Sendo assim a família agora precisará encontrar outra forma de se ocupar, e permitir que a emancipação aconteça, inclusive a sua. Assim, questiona-se, qual tipo de atenção está recebendo essa família para sair relação de co-dependência para uma de interdependência com a pessoa que desenvolveu um sofrimento psíquico?

Segundo Pegoraro, (2008) as concepções de familiares/cuidadores também nos possibilita o acesso ao conjunto de saberes construído pelos sujeitos sociais em seu *lôcus* de socialização, que muitas vezes questiona o saber médico, afirmando:

A concepção dominante de saúde e doença em nossa sociedade pressupõe põe algo organicamente localizado, a ser tratado por remédios, por cirurgias, ou seja, é a reprodução do modelo biomédico de saúde (OLIVEIRA, 1998); e, neste sentido, vale a pena destacar as descrições feitas pelos cuidadores sobre o problema e embasadas na existência de uma localização física da doença psiquiátrica. A este respeito, Minayo (1998) destaca que, ao falar sobre suas doenças, as camadas populares abordariam, em realidade, uma série de episódios vividos em seu dia-a-dia, que extrapolam a visão biomédica predominante entre os profissionais de saúde. Como resposta, muitos desses profissionais assinalariam a inadequação da forma empregada pelos pacientes para relatarem o que sentem e do que sofrem. Mais interessante seria olhar pelo prisma apontado pela autora, que avalia que, em muitos casos, a linguagem própria empregada pelas camadas populares questionaria o saber médico, por retratar situações que extrapolam o sujeito biofisiológico. (p.302).

Esse conjunto de saberes apresentado pelos familiares, de certa forma, nos apresenta sua avaliação do saberes, dos diagnósticos e das intervenções nos serviços de saúde.

É importante ainda que alguns trechos das entrevistas trazem à tona a noção de que, aos olhos do cuidador, a explicação dos médicos sobre formas de funcionamento mental não satisfazem a necessidade do familiar em compreender aquilo que está acontecendo com aquele de quem cuida. Como o entendimento perpassa pela idéia de concretude, as explicações sobre o dinamismo mental, e, ainda, aquelas que comportam termos técnicos, de psicopatologia, estão muito distantes do universo compartilhado pelos entrevistados. Isto não significa que os familiares tenham uma gama limitada de compreensão sobre o fenômeno, que não sejam capazes de compreender o que lhes é comunicado; apenas que do modo como isto é feito, com os termos utilizados, não se consegue atingir o seu modo de se relacionar com a doença. (PEGORARO, 2008, p.302).

Ou aspecto importante sobre os saberes construídos pela família, é sua contribuição para a construção de projetos terapêuticos contextualizados com a realidade e necessidade dos usuários. Waidman (2005), enfatiza a importância da participação dos familiares nas construções de estratégia de enfrentamento das dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico:

[...] a aproximação desse universo exige do profissional paciência e sensibilidade na procura dos sentidos que brotam da experiência /história de vida de cada um. O profissional precisa buscar conhecê-los de maneira global e abrangente, em suas múltiplas dimensões existenciais, tentando desenvolver modalidade de cuidado mais apropriadas às suas necessidades. O profissional precisa ver o familiar como uma pessoa sem reduzi-lo a sinais e sintomas [...] precisa reconhecer em profundidade os mecanismos que envolvem a relação dos familiares com seus parentes adoecidos. O profissional precisa ouvir a família, pois as informações são fontes de dados valiosas para a elaboração de estratégia e práticas terapêuticas, assim como facilitar a comunicação com sua clientela, seja o doente, um familiar ou a família como um todo. O profissional deve colocar no centro das atenções o potencial e a necessidade de cada familiar participante para assim traçarem juntos as estratégias de cuidado (3D-Med). (p.346).

Pegoraro (2008) também destaca a valor da escuta familiar como estratégia de auxílio construção de projetos terapêuticos bem como para mapear a necessidade de cuidados a própria família:

Ao escutar a família, o profissional da área de saúde pode descobrir quais cuidados se fazem necessários, bem como verificar que o sofrimento não é exclusivo daquele que se encontra doente ... Um dos aspectos que merecem investigação junto a familiares é a presença da sobrecarga na prestação de cuidados ao usuário (Pegoraro, Caldana, 2006; Rose, Mallinson, Gerson, 2006; Bandeira, Barroso, 2005; Magliano et al., 2005; Lowyck et al., 2004; King et al., 2003; Lauber et al., 2003; Rosa, 2003; Furegato et al., 2002; Melman, 2002). Conhecer a sobrecarga vivenciada pelos familiares permite traçar intervenções que: auxiliem na interação e gestão da vida cotidiana dos pacientes, contribuam para aliviar o peso dos encargos, facilitem a cooperação, diminuam os fatores estressantes que podem desencadear crises. Tais intervenções permitem melhorar a qualidade de vida dos envolvidos, aumentar o suporte e a qualidade de vida das famílias e, conseqüentemente, terão reflexos em ações voltadas para a reinserção social. Além disso, a intervenção profissional pode auxiliar na prevenção de transtornos psicológicos em familiares decorrentes da sobrecarga advinda do cuidar. (p.296).

Sendo assim, de acordo com Rodrigues (2003), trabalhar com a *concepção e prática dos familiares* significa fazer um levantamento do seu sistema de valores, crenças e

ideologias e dessa forma verificar como interpretam os conceitos correntes na comunidade e na instituição de saúde mental, bem como mapear suas necessidades. Segundo Bourdieu (1989), faz-se necessário se construir a história de um problema emergente para que não se torne objeto do mesmo, para que esse deixe de ser um problema privado e se torne um problema público, do qual se possa falar publicamente e para o qual se possam construir estratégias de enfrentamento. Nesse caso, possibilitando a identificação, por parte dos familiares, da maneira como eles influem no processo saúde/doença mental do sujeito pode vir a ser de grande importância para a construção de políticas e estratégias mais efetivas e contextualizadas de intervenção em saúde mental.

No próximo capítulo será apresentado uma discussão sobre os pressupostos metodológicos que nortearam essa pesquisa, bem como uma descrição do campo empírico da investigação, critério de escolhas dos interlocutores e categorias trabalhadas.

4 METODOLOGIA

A perspectiva metodológica do trabalho em ciências sociais não pode se centrar apenas numa análise de estrutura social e padrões de valores rígidos como critica Velsen (1987), pois estes padrões são mutáveis, dinâmicos, sofrendo influência do contexto histórico Boissevan (1987). Os sujeitos envolvidos têm a possibilidade de se apropriar do sistema de regras e normas de acordo com suas conveniências, ou seja, os processos dos quais as estruturas emergem e como se modificam sua gênese e desenvolvimento.

De acordo com essa concepção os seres humanos não são meros produtos da coesão social, sendo “necessário examinar outras influências além de costumes, crenças e ordem social” (BOISSEVAN, 1987, p.199). Dessa forma, os interlocutores de uma pesquisa são dotados de uma autonomia para se posicionar frente às situações, sempre levando em conta suas relações com o outro, sua interdependência, e que tenta se apropriar das normas e age de acordo com o que é certo ou errado e seus interesses. O autor ainda enfatiza a necessidade de compreender a dinâmica das estruturas sociais e ter cuidado com as generalizações. Um evento é algo que precisa ser contextualizado e recortado, delimitado.

A concepção de fenômeno social que norteia esse trabalho aborda o universo pesquisado como processo inter-relacionado dos indivíduos envolvidos na sociedade. Assim as concepções sobre saúde/doença mental devem ser compreendidas à luz dos sentidos construídos e compartilhados pelos familiares que participaram dessa pesquisa. A escolha inclusive do modelo teórico-metodológico do qual se utilizou a observação participante e a entrevista, buscou uma apreensão da rede de significados e práticas construídos pelos interlocutores da pesquisa, desde os atos explícitos percebidos até as ações subliminares não expressadas pelas famílias. (HAGUETTE, 2003).

Nesse sentido, Martins (2004) ressalta que a observação participante enfatiza um aspecto do fazer do pesquisador, o fato de que quando está em campo, ele não só

deve observar, mas também participar com seus interlocutores das várias situações que circunscrevem o universo social pesquisado. Ainda, nesse sentido, Rabelo (1999) afirma que conceber a dinâmica de um discurso é admitir sua vinculação com seus contextos, incluindo, assim os sujeitos produtores dos discursos e os demais a quem ele é dirigido.

Para Mead *apud* Haguette (2003) as associações humanas surgem quando os atores individuais percebem a ação do outro e constroem suas resposta de acordo com os sentidos que deram para tais ações, para que se possa entender as linhas de ações do outro e acomodar seu comportamento de acordo com tais linhas de ações. O processo de responder às intenções dos outros implica na transmissão, através de gestos, que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de interpretação. Dessa forma, a sociedade humana é constituída através de sentidos compartilhados através de compreensões e expectativas comuns.

De acordo com Bourdieu (2004), é necessário tratar a opinião dos informantes, ou seja, os valores dos julgamentos dos indivíduos envolvidos nos fenômenos diferenciando da opinião dos pesquisadores. Em outras palavras, dar voz aos interlocutores. Velsen (1987) afirma que as declarações dos informantes podem ser categorizadas com interpretações, explicações e opiniões acerca de ações ou eventos específicos.

Com relação à pesquisa qualitativa Fischer (2006) afirma que é necessário não perder de vista os seguintes aspectos:

A busca dos sentidos. A assunção da autoria. A afirmação da cumplicidade. O olhar atento às entrelinhas. O reconhecimento da presença constante da subjetividade. A compreensão. A interpretação. E, por que não?, Também a explicação. A pesquisa realizada por seres humanos com seres humanos, num processo de mútuas implicações, singular, porém contextualizado (p. 9).

Dessa forma, esse trabalho buscou realizar uma análise do fenômeno pesquisado, estando sempre atento às questões destacadas pela autora, para evitar, na medida do possível, leituras reducionistas e fragmentadas.

Assim a presente pesquisa se constituiu de uma pesquisa qualitativa que utilizou como instrumental metodológico a observação, diário de campo e entrevista com roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, sendo que na coleta de dados foi assinado Termo de Consentimento esclarecido e foi feita avaliação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, conforme critérios de ética de pesquisa com seres humanos. E na análise de dados, seguiram-se rigorosamente os critérios acima referidos, substituindo o nome dos informantes por um codinome, neste caso deuses da mitologia grega, pois a utilização de nomes comumente utilizados na nossa cultura, correria o risco de utilizar nomes de usuários e até funcionários do CAPS.

A revisão de literatura permeou todo o trabalho, sendo que a fase de elaboração do projeto de pesquisa teve como eixo a discussão das seguintes categorias: saúde/doença mental, itinerários terapêuticos, reforma psiquiátrica, família e atenção psicossocial. A segunda fase da pesquisa, conforme o parágrafo anterior, foi realizada através da observação no lócus da pesquisa para capturar a dinâmica do serviço de saúde mental, suas especificidades, encontros e desencontros entre o CAPs, ambulatorios tradicionais e serviços asilares/manicomiais, o transitar dos usuários e familiares por esse espaço, bem como, observação das oficinas nas quais eram permitida a participação dos familiares para identificação suas apropriações desses espaços e entrevistas com familiares participantes da oficina de família e do Grupo Conversa sobre saúde. Após essa etapa da pesquisa foi necessária uma redefinição das categorias de análise, visto que o retorno a campo descortinou outras categorias temáticas: itinerários terapêuticos, participação familiar, cuidado e auto-cuidado. A conceito de saúde-doença mental se manteve, visto que o momento de identificação dos sinais da doença mental marcava o início dos itinerários terapêuticos das interlocutoras.

A associação da observação com a entrevista possibilitou uma melhor contextualização e identificação da participação familiar nos itinerários terapêuticos dos seus usuários, principalmente no que se refere ao CAPS pesquisado. Segundo Alves (1994) é necessário conhecer os processos de significação e construção de práticas relacionadas à saúde e doença dos diversos grupos sociais, pois assim se

pode construir serviços de saúde mental mais atentos às realidades socioculturais das comunidades, nas quais estão inseridos, possibilitando assim também uma maior participação de seus usuários.

Com relação ao universo da pesquisa social, um aspecto destacado por Sarti (1996) quando fala sobre a situação de pesquisa, é a existência de expectativas de que o pesquisador, em função da escolaridade e do saber que lhes são conferidos, possa resolver problemas do cotidiano dos sujeitos pesquisados, principalmente referentes ao lócus da pesquisa. Esse aspecto foi observado durante algumas entrevistas em que as pessoas questionavam se as suas entrevistas seriam levadas a instâncias governamentais para solucionar os problemas referentes à atenção à saúde mental. Inclusive um dos objetivos dessa pesquisa é verificar como os espaços de reivindicação estão sendo utilizados pelos familiares, enquanto eles alimentam a expectativa de que o pesquisador será o mediador dessas reivindicações. Aspectos que precisavam sempre ser esclarecidos durante o percurso em campo.

A autora descreve também a tensão da presença do pesquisador no campo. No caso da presente pesquisa, alguns familiares se recusaram a dar entrevista, outros precisaram pedir permissão à família. Ou seja, a escolha do lócus da pesquisa ao mesmo tempo em que deixa a comunidade pesquisada lisonjeada, provoca também desconfiança por ser uma pessoa estranha a eles. Mesmo sendo alguém que representava a Secretaria Municipal de Saúde e que já tinha trabalhado na Unidade, permanecia tal desconfiança.

O fato de pertencer ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, me possibilitou a construção de uma etnografia do campo empírico da investigação. Assim, no próximo tópico será apresentada uma descrição minuciosa do lócus da pesquisa, onde foi traçado o histórico da implementação do CAPS Adilson Peixoto Sampaio, bem como da sua estrutura física e do seu funcionamento cotidiano. Este último aspecto está em permanente reconstrução em função da dinâmica que permeia os contextos sócio-culturais das instituições de saúde pública, principalmente saúde mental.

4.1 CAMPO EMPÍRICO DA INVESTIGAÇÃO: GESTAÇÃO, NASCIMENTO E ENGATINHAR DO CAPS⁵ ADILSON PEIXOTO SAMPAIO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atenção diária, inseridos na comunidade, ou seja, unidades de saúde, localizadas num distrito sanitário, que atendem a população daquela região, onde são oferecidos desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente, através da participação em eventos da comunidade e encaminhamento para atividades na mesma. Nesses centros são desenvolvidos serviços de assistência visando o acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. São serviços de saúde mental criados como alternativas para substituir o modelo asilar/manicomial de atendimento à pessoa portadora de sofrimento psíquico.

No caso do CAPS Adilson Peixoto Sampaio, a equipe é composta por um psiquiatra, quantitativo que oscila entre o que realiza atendimentos individuais e acompanha algumas oficinas, como a de medicação, que oscila também de acordo com o profissional que esteja trabalhando na unidade de saúde; duas enfermeiras, que dão suporte com medicação e acompanham oficinas; quatro psicólogas, que realizam atendimentos individuais e grupais, através de oficinas e suporte familiar; duas assistentes sociais, que realizam acompanhamento individual, avaliação social, visita à domicílios, suporte familiar e atividades grupais através das oficinas; duas terapeutas ocupacionais que dão o suporte através dos trabalhos nas oficinas, bem como de avaliações individuais; um fisioterapeuta e um educador físico que se responsabilizam pelas atividades corporais, duas auxiliares de enfermagem, quatro auxiliares administrativos, estes dão suporte na recepção e nas oficinas, dois funcionários de higienização e dois seguranças, três oficineiras com as seguintes formações: um auxiliar de enfermagem, um auxiliar administrativo e uma pessoa com formação de nível médio. Verifica-se que a composição da equipe cumpre o que é determinado pela Portaria 336/2002/GM/MS (Brasil, 2004). Porém, às vezes, o quantitativo oscila em função das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde pública de um modo geral.

⁵ Centro de Atenção Psicossocial.

De acordo com a regulamentação ministerial, os CAPS estão no agrupamento dos ambulatorios, porém com estruturas e pressupostos norteadores de prática, diferenciados dos antigos ambulatorios de saúde mental. Os CAPS deverão prestar serviços nas modalidades não intensivo, com frequência de uma vez por semana; semi-intensivo, frequência de duas a três vezes por semana; intensivo, frequência diária e até o internamento como no caso do CAPS III, inclusive desenvolver trabalhos na comunidade, desde visita e atenção domiciliar até trabalhos de educação em saúde.

Atualmente no Estado da Bahia a situação dos serviços de saúde mental é a seguinte: 108 CAPS funcionando em todo o Estado, sendo 25 CAPS II, modalidade de serviço para localidades com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, dos quais 5 estão localizados em Salvador e os demais em outras cidades conforme relação em anexo; 2 CAPS III, para localidades com mais de 200.000 habitantes um em Feira de Santana e outro em Alagoinhas, 7 CAPS ad (para usuários de álcool e outras drogas), sendo 1 em Salvador e os demais em Cidades do interior do Estado, 5 CAPSia (infância e adolescência), também distribuídos por macrorregião (população acima de 200.000 habitantes), sendo dois em Salvador e os demais no interior do estado. Os outros CAPS são todos CAPS I, para localizações com população de 20.000 até 70.000 habitantes.

Em Salvador, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, a situação atual da saúde mental no município seria a seguinte: 5 CAPS em funcionamento, sendo que 2 recém inaugurados, 2 estaduais que serão municipalizados e cerca de 4 CAPS para serem implantados. Porém na prática tem se enfrentado sérias dificuldades na implantação dos serviços, como espaço físico inadequado, falta de recursos humanos capacitados, falta de uma política de saúde mental do município e do Estado, visto que outros estados têm sua política específica. Outro problema é o descompasso entre a prática das instituições e a proposta das políticas nacionais de saúde mental.

Dessa forma, no período de implantação dos serviços alternativos aos modelos asilares/manicomiais de atenção á saúde mental na Bahia, mais especificamente em

Salvador, foi possível acompanhar a implantação do Centro de Apoio Psicossocial Adilson Peixoto Sampaio, do Distrito Sanitário de Itapagipe. O projeto deste CAPS foi desenvolvido e implementado pelos profissionais do ambulatório do Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubim de Pinho, do Distrito Sanitário de Itapagipe da Secretaria Municipal de Saúde. Inicialmente ele funcionava no espaço físico do ambulatório e atualmente tem sua própria casa. No caso do Adilson Peixoto Sampaio, este é um CAPS II, pois está localizado numa região de população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas sem internamento, logo seus usuários devem voltar sempre para suas casas.

O CAPS Adilson Peixoto Sampaio começou a funcionar em 02 de fevereiro de 2004, quando ainda dividia espaço físico com o Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho. Este é um ambulatório de saúde mental que atualmente já busca trabalhar na lógica que concebe a doença mental como existência-sofrimento psíquico, dando, assim, uma abordagem psicossocial à intervenção terapêutica, apesar das dificuldades destacadas acima. Durante esse período, a unidade de saúde pesquisada atendia aos usuários de saúde mental moradores da Península Itapagipana e do Subúrbio Ferroviário. Em 12 de dezembro de 2005, o CAPS passou a funcionar com sede própria numa casa na Rua do Céu, no. 77 no bairro do Caminho de Areia, passando a se chamar Adilson Peixoto Sampaio.

Atualmente foi inaugurado o CAPS do Distrito do Subúrbio Ferroviário, com sede própria, que também iniciou suas atividades espaço físico do ambulatório do Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho. Alguns usuários do Adilson Sampaio que residem no Subúrbio Ferroviário estão sendo encaminhados para o CAPS do seu Distrito Sanitário. Durante as observações nos grupos terapêuticos, verifiquei muita resistência desses usuários em realizar essa transferência para seu Distrito de Origem em função dos vínculos estabelecidos no Adilson Peixoto Sampaio, que é bem mais humanizado que nos hospitais psiquiátricos.

Um problema enfrentado pelos profissionais quando o CAPS foi implantado e dividia espaço com o ambulatório, era o fato de alguns profissionais trabalharem para as duas modalidades de serviços, e não terem um tempo em comum para planejar as atividades. As oficinas do CAPS eram realizadas com dois terapeutas que não

conseguiram organizar seus horários para dar conta do ambulatório e do CAPS. Posteriormente as equipes foram definidas e separadas.

Alguns profissionais resistiam em trabalhar com alguns usuários alegando que o diagnóstico não atendia ao perfil do CAPS, sofrimento psíquico grave. Problema enfrentado ainda hoje, pois quando se depara com um caso de transtorno mental leve não se tem para onde encaminhar, visto que as unidades básicas de saúde não estão habilitadas para a atenção à saúde mental, e os poucos ambulatórios de saúde mental não dão conta da demanda.

Outro fator importante é que Salvador ainda não possui CAPS III, modalidade com atendimento 24 horas⁶, nem ala psiquiátrica em hospital geral e a maioria dos hospitais psiquiátricos foram fechados, logo, tem-se poucas opções de serviços de emergência psiquiátrica para encaminhar os usuários em crise. A falta de infraestrutura é outro problema enfrentado pelos profissionais, pois muitas vezes tem que desenvolver atividades diferentes das suas atribuições, por não terem material adequado para trabalhar.

No período que funcionava no ambulatório do Centro Terapêutico Álvaro Rubin de Pinho, o CAPS contava com uma sala grande que funcionava como refeitório, uma sala de reunião e uma de grupo que era comum aos trabalhos do ambulatório, uma sala de trabalhos corporais, com piso de cimento e espelhos e uma oficina onde funcionava pintura, costura e colagem, num ambiente cheio de poeira e mofo.

O CAPS Adilson Sampaio hoje funciona em uma casa com dois andares, dois sanitários com chuveiros e pias, com estruturas bem parecidas – uma para os usuários dos serviços de saúde mental e outro para os funcionários, este último esta localizado na sala de coordenação - uma copa, um refeitório, consultórios para atendimento individual, uma sala para coordenação (com cerca de três metros quadrados, com um computador, duas mesas, um armário, onde trabalha a coordenadora e funciona como o local de encontro dos técnicos para resolver questões administrativas e que dependem da infra-estrutura descrita) e uma área

⁶ A descrição da tipologia de CAPS será realizada em capítulo posterior

externa com árvores para atividades corporais e assembleias, um pequeno jardim na entrada, sala de espera, e quatro salas para as oficinas.

A higienização do ambiente outro aspecto que merece destaque, pois diferencia o ambiente do CAPS pesquisado dos antigos ambulatórios e dos hospitais psiquiátricos, que nestes últimos que de um modo geral, às vezes é precária, enquanto que no CAPS se pode observar boas condições de higiene. De certa forma, o ambiente do CAPS já apresenta um diferencial com relação aos espaços áridos e frios dos serviços asilares/manicomiais e serviços ambulatoriais que funcionam na lógica do modelo biomédico⁷, cujo ambiente parece ser estruturado para perpetuar o quadro da cronicidade da doença mental.

Ao chegar à unidade de saúde, o primeiro contato do usuário e familiar ou acompanhante é com o vigilante e com um funcionário da recepção que o encaminha para uma triagem com um profissional de nível superior que esteja de plantão no dia, podendo ser um médico, um assistente social, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo ou uma enfermeira. A partir daí se verifica se o usuário apresenta demanda para os serviços do CAPS. Os critérios para que seja atendido no CAPS é que receba diagnóstico de transtorno mental grave.

A partir da identificação da demanda, é construído o projeto terapêutico individual com a participação do técnico de referência daquele usuário, o usuário e o familiar. Técnico de referência é aquele profissional que o usuário fez um vínculo na instituição e que será responsável por ele durante o período que ele participar das atividades da instituição, inclusive nos casos de abandono do tratamento é este técnico que deverá fazer as visitas domiciliares, entrar em contato com os familiares, ou seja, fazer todo o monitoramento do trabalho com o usuário. Além das atividades das oficinas e atendimento individuais, os usuários também participam de atividades na comunidade.

O modelo de atenção em saúde mental do CAPS busca lidar de forma integrada com a pessoa portadora de transtorno psíquico, ou seja, busca superar a

⁷ Modelo discutido no capítulo teórico

fragmentação mente e corpo, indivíduo e coletividade, e ressignificar a saúde/doença mental como existência-sofrimento psíquico (ALVES, 1994). Sendo assim, as atividades realizadas enfocam o coletivo e a reabilitação psicossocial, através do estímulo da participação da pessoa em eventos da comunidade, oficinas diversas com propostas terapêuticas envolvendo atividades laborativas e reflexivas, e atendimentos individuais. Sendo a frequência dos usuários definida de acordo com sua necessidade: regime intensivo, todos os dias, semi-intensivo, três vezes por semana e não intensivo, uma média de três a quatro vezes por mês.

O encaminhamento dos usuários para atividades na comunidade, principalmente atividade que gera renda financeira, pode ser boicotado em função da política nacional de benefícios da Previdência Social. Este aspecto foi identificado no processo de acolhimento realizado tanto no Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho, como no CAPS Adilson Peixoto Sampaio, onde a maioria dos usuários, no primeiro contato com as unidades de saúde, relatam sobre sua busca pela “aposentadoria”, como chamam o benefício concedido às pessoas portadoras de transtorno psíquico. De acordo com a Lei do Ministério da Saúde sobre o Programa de Volta para Casa:

LEI No 10.708 - DE 31 DE JULHO DE 2003 - De Volta para Casa

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:
I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

No que se refere aos serviços que compõem o modelo de atenção em saúde mental são oferecidas as seguintes oficinas terapêuticas: artesanato, bordado, boneca, macramé, fuxico, croché, literatura e música, cidadania, educação e saúde, auto-expressão, espaço da palavra, agitar e viver, sexualidade, clube do bolinha (oficina para discutir questões relacionadas com o masculino), fêmea (oficina destinada a discutir questões relacionadas ao feminino), pintura, meio ambiente e saúde mental, trabalho, capoeira, corpo em movimento, vide bula (discute as questões relacionadas a psicofarmacologia), esporte e city tour (oficina de passeio realizadas nas sextas-feiras). Essas oficinas mudam de acordo com a disponibilidade de recursos humano e materiais, e com os interesses e necessidades dos usuários.

O quadro de usuários deste CAPS é constituído de forma bem heterogênea: muitos inicialmente faziam parte da clientela do ambulatório do Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubim de Pinho e de outros ambulatórios de saúde mental, alguns com histórico de internamento em hospitais psiquiátricos, outros estão utilizando pela primeira vez um serviço de saúde mental e outros usuários fazem parte da residência terapêutica, modalidade de serviço alternativo, implantado para os internos dos hospitais psiquiátricos que perderam o contato com a família em função dos anos de internamento.

No caso do Distrito Sanitário de Itapagipe, distrito responsável pelo CAPS onde está sendo realizada a pesquisa, a residência terapêutica é de responsabilidade das Obras Sociais Irmã Dulce – entidade filantrópica que através de um processo de terceirização de serviços, assume a coordenação da residência terapêutica. As pessoas que moram nessas residências também são usuárias dos serviços do CAPS Adilson Sampaio Peixoto. Em Salvador temos um total de sete residências terapêuticas, duas no Distrito Sanitário de Itapagipe (uma feminina e outra masculina), uma no Hospital Juliano Moreira, uma masculina No Jardim Baiano, uma

feminina e uma masculina na Boca do Rio, uma feminina em Itapuã.⁸ Com relação a essa modalidade de serviço afirma o Ministério da Saúde:

As residências terapêuticas são outra alternativa para reabilitação das pessoas com transtornos mentais. Elas existem em cidades como o Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Barbacena (MG), Sobral (CE), Recife e Curitiba. As residências estão vinculadas ao Caps ou ao ambulatório do município e contam com recursos do Ministério da Saúde e dos gestores locais.

Os pacientes dividem uma residência, alugada com os recursos públicos, ou vivem sob tutela de suas famílias. Eles recebem cuidados de saúde mental na rede existente no município. Nas residências, estimula-se a participação em atividades sociais, como a inserção no mercado profissional. Há 200 residências terapêuticas em funcionamento e o governo quer implantar mais 150 até o final de 2004.(Portal do Ministério da Saúde⁹).

Neste CAPS existe uma média de 200 usuários inscritos, quantitativo que flutua de acordo com o estado do paciente, estabilidade do quadro ou situações de crises. E a frequência familiar é em torno de 20 famílias. Os aspectos referentes à baixa frequência dos familiares foi melhor explorado na fase seguinte da pesquisa de campo, quando familiares foram novamente escutados para a identificação de suas representações e práticas com relação a participação dos familiares nos diversos serviços de saúde mental. A partir daí foram escolhidos os familiares que participaram das entrevistas, bem como as oficinas onde seriam realizadas as observações mais minuciosas.

4.3 CARACTERIZANDO OS INTERLOCUTORES

O termo interlocutores foi utilizado visto que se parte do pressuposto de que o processo de construção dos dados da pesquisa, não é uma via de mão única, em que os pesquisadores acessam os sujeitos da pesquisa como se fosse apenas um banco de dados. A pesquisa em ciências sociais não trabalha com fenômenos

⁸ Dados apresentados pela Coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador em 13 de julho de 2007 na Oficina de Saúde Mental organizada pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

⁹ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm>

estáticos, estes estão em constantes transformações constituintes e constituídas por seus atores sociais. (VELSEN, 1987 e BOISSEVAN, 1987)

Logo o grupo pesquisado interage com o pesquisador num processo de co-construção de saberes. De acordo com Haguette (2003), as associações humanas se constroem a partir da percepção da ação do outro e estruturam suas ações de acordo com as redes de significações estruturadas em suas interações nos grupos sociais.

O grupo de interlocutores da pesquisa foi constituído por 10 familiares de usuários do Serviço de Saúde Mental CAPS Adilson Peixoto Sampaio, sendo que inicialmente o critério determinado para a escolha da amostra seria o itinerário terapêutico de cada usuário, ou seja, usuários que tivessem vivenciado diversas modalidades de serviços de saúde mental, para verificar como cada serviço otimizava, ou não, a participação dos familiares nas suas atividades.

Porém através dos contatos com o campo de investigação, verificou-se que apesar de haver vários espaços disponíveis para a participação dos familiares, estes participavam apenas de duas atividades propostas. Do Grupo de família, média de 8 a 12 famílias, e do Grupo de Conversa sobre Saúde, média de 8 a 12 famílias por grupo, totalizando 32 a 48 pessoas, já que esse grupo acontecia uma média de quatro vezes na semana. Enquanto na Oficina Espaço Coletivo, a participação é bastante incipiente. De um modo geral, com relação ao total de 250 usuários inscritos no CAPS, a participação familiar apresenta baixa frequência.

Então, a participação nas atividades do CAPS passou a ser um critério de escolha dos interlocutores representantes dos familiares dos usuários. Buscou-se identificar os fatores que dificultavam a participação dos familiares nas atividades propostas pelo CAPS, o que acabou levando a identificar alguns aspectos que podem comprometer a adesão de alguns usuários à propostas dos Caps.

Essa pesquisa contou com a colaboração de 10 interlocutoras: quatro irmãs de usuários, sendo três do sexo masculino e uma usuária do sexo feminino. Cinco mães, dentre estas, quatro tinham filhos usuários do sexo masculino e uma mãe

com uma filha usuária, e outra mãe de um filho casal, ambos, usuário e usuária do CAPS. A 10^a. interlocutora era esposa de um usuário. Com relação à escolarização, dentre as 10, 9 são alfabetizadas, e 1 não alfabetizada, Todas donas de casa, algumas realizam trabalhos fora como empregada domésticas, faxineiras, ou vendem alguma coisa para complementar a renda doméstica. Somente uma se referiu a participar do ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio para pleitear uma bolsa num curso de nível superior.

Dentre as irmãs, uma delas assumia o cuidado com o irmão porque a mãe já era falecida e eles não tiveram contato com o pai; a outra teve uma família nuclear, porém os pais já são falecidos, e ela assumiu o cuidado com o irmão; a terceira casada, tem outra família, mas mesmo morando em outra casa, assume parte do cuidado com o irmão; a quarta irmã interlocutora é casada tem sua família, mas cuida da irmã que após adoecer foi morar com a mesma, visto que a filha da usuária não quis assumir os cuidados com a mãe.

Quanto ao suporte financeiro, alguns usuários das famílias pesquisadas têm benefício, em outros casos a família (irmãos, parentes) ajuda financeiramente. Inclusive foi encontrado um caso em que a família ajudava para que a irmã assumisse a lida com a usuária, e todo o suporte de acompanhamento. Em outros casos os demais familiares não ajudam financeiramente e também não acompanham o tratamento, a irmã acompanha, mas não participa do grupo de família.

Observando os itinerários terapêuticos, podemos destacar que eles se estendem desde hospital geral, hospitais psiquiátricos para internamento e/ou atendimento de emergência, ambulatório, CAPS, igrejas evangélicas, igreja católica, igreja messiânica até centro espírita.

4.2.1 O grupo de família

O trabalho com grupo de família iniciou-se com o objetivo de oferecer um suporte aos familiares no sentido de criar, descobrir, compartilhar formas de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico de seus familiares. Ou seja, o foco inicialmente era o cuidado ao usuário. Com o decorrer dos encontros do grupo, segundo conversas com a técnica responsável, verificou-se a necessidade de voltar o foco do cuidado para os familiares, uma vez que estes acabam voltando sua lida diária para os cuidados com o usuário do CAPS.

Um fato recorrente, observado nas oficinas do grupo de família, é a queixa relacionada ao cansaço decorrente do cuidado com a pessoa portadora de sofrimento psíquico, pois os familiares não conseguem realizar atividades voltadas para o auto-cuidado ou investimento na vida pessoal. A partir desse aspecto observado, os familiares começaram a sinalizar para a necessidade de cuidados, o grupo passou a ser organizado de forma que proporcionasse uma reflexão e uma prática sobre esse aspecto.

Dessa forma, as técnicas responsáveis pelo grupo de família iniciam o encontro com um trabalho corporal que possibilita um relaxamento, ou uma reflexão sobre os temas recorrentes. Depois da atividade corporal, os técnicos solicitam que os familiares falem sobre a experiência e sobre outras questões que quiserem, o que acaba voltando para o cuidado com o familiar que apresenta sofrimento psíquico.

Outra questão relevante observada é que as mulheres são presenças marcantes no grupo de família. Com relação ao ciclo de vida dos participantes, o grupo é bem heterogêneo, ou seja, encontramos jovens adultos, até idosos, 22 a 65 anos. Formação também heterogênea, desde analfabetos até segundo grau completo, com projeto de fazer curso superior. Com relação à classe sócio-econômica, predominam classe baixa e média baixa. No quesito religião foram encontrados católicos, evangélicos, espíritas, porém ninguém se assumia como do candomblé, mesmo que em alguns momentos tivesse procurado suporte nessa religião.

4.2.2 O grupo Conversa sobre Saúde

Esse é outro espaço aberto para a participação dos familiares. Foi observada uma presença significativa destes, porém alguns usuários vão sozinhos. O grupo foi estruturado para substituir as consultas individuais com o médico psiquiatra, em função da carência da especialidade na instituição, mas também para tentar dirigir o foco de intervenção da medicação para atenção psicossocial. Nesse grupo específico foram realizadas observações em dias diferentes e turnos diversos para verificar se a questão do turno, bem como o vínculo que usuários e familiares tem com o técnico de referência, podem interferir na participação. Porém, de um modo geral existe uma participação mais efetiva nessa atividade do que no Grupo de Família.

Nesse grupo é realizado o processo de prescrição de medicamento, discussão sobre os efeitos colaterais, as conseqüências da auto-medicação e tentativas de ressaltar a importância da participação nas demais atividades do CAPS. Como a autonomia é um princípio que norteia as atividades dessa instituição, nesse grupo é estimulado a expressão dos usuários e familiares, evitando-se assim a valorização de um em detrimento do outro.

4.2.3 Oficina Espaço Coletivo

Um outro espaço reservado para os familiares discutirem juntos com os usuários sobre o exercício da cidadania, focando os direitos dos usuários de saúde mental, é a Oficina Espaço Coletivo. Nesse grupo não se identifica uma participação mais efetiva dos familiares, estes alegam não ter tempo, apesar de considerarem importante. No caso do CAPS investigado predomina uma população de classe sócio econômica média-baixa e baixa, com a presença significativa de mulheres acompanhando os usuários, tendo que se dividirem entre o sustento da família, os cuidados com os afazeres domésticos e o cuidado com o seu familiar.

4. 3 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Inicialmente a proposta era trabalhar com as seguintes categorias de análise: concepção de saúde/doença mental, itinerários terapêuticos, reforma psiquiátrica, família e atenção psicossocial. Porém, no decorrer do trabalho de campo algumas categorias surgiram nos diálogos com os sujeitos da pesquisa. Essas categorias deram subsídio para a elaboração do roteiro semi-estruturado da pesquisa, e apesar de aparecerem permeando todo o diálogo, elas serão abordadas seguindo uma seqüência.

De acordo com essa seqüência no levantamento dos *itinerários terapêuticos*, foram identificadas as seguintes categorias: *concepções dos familiares sobre o sofrimento psíquico, estratégias de enfrentamento, participação dos familiares e cuidado/auto cuidado*. Os *itinerários terapêuticos* consistem nos serviços buscados quando foram identificados os primeiros sintomas de sofrimento; as *concepções sobre sofrimento psíquico* foram mapeadas quando os familiares listaram os primeiros sinais indicativos do que consideram doença mental; as *estratégias de enfrentamento* das dificuldades, são todo tipo de prática realizada para amenizar o sofrimento decorrente dos sintomas; *participação, acompanhamento, reivindicação* são as concepções de cada sujeito sobre sua apropriações das atividades oferecidas pelo CAPs; e *cuidado/auto-cuidado* se refere ao tipo de atenção que dispensam a si mesmo e aos usuários, diante do sofrimento que as famílias pesquisadas desenvolvem a partir da lida com seus usuários do CAPs.

O auto-cuidado foi um aspecto relevante que emergiu a partir da interlocução com os familiares quando estes identificaram a necessidade de reservarem para si esse espaço. Vale ressaltar que ao cuidar do ser humano que sofre psicicamente, os cuidadores, em particular os familiares, na sua maioria mulheres, acabam também adoecendo, dado a sobrecarga que implica a atenção direcionada às pessoas acometidas desses transtornos.

Sendo assim, essa pesquisa foi constituída de revisão de literatura para delineamento do objeto e definição de categorias de análise, pesquisa de campo

através de observação participante, diálogos informais com profissionais da instituição, entrevistas com roteiro semi-estruturado e análise de dados. A análise consistiu de três etapas: primeiro a redefinição de categorias de análise a partir da leitura dos dados empíricos e do alinhamento dos objetivos específicos desta pesquisa, na segunda será efetuada a revisão de literatura para atualização dos dados conceituais sobre novas categorias mapeadas; na terceira serão analisados os dados qualitativos obtidos durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação e as transcrições das entrevistas, esclarecendo progressivamente o foco de estudo; e a terceira consistirá na interpretação de dados.

No próximo capítulo será apresentado a análise dos dados coletados nas entrevistas contextualizados a partir das observações do campo de pesquisa. Esta análise será feita mediante a apresentação das discussões das categorias de análise do trabalho.

5 VIA CRUCIS: DIALOGANDO SOBRE A LABUTA COM A DOIDICE

Dá risada sozinho, fala sozinho, ficar nu, ficou nu já era, ficou nu na rua Maluco ... (fala de Dona E. 60 anos mãe de J.35 anos)

Nesse capítulo será realizada uma apresentação/discussão das categorias da pesquisa mapeadas a partir das entrevistas, contextualizando cada interlocutor e a situação em que foram realizadas as entrevistas. A discussão se iniciará com a apresentação da identificação das primeiras *manifestações do sofrimento psíquico* até o momento em que se transformaram em transtorno¹⁰. No segundo tópico apresentarei os diálogos que identificam a *labuta dos familiares no enfrentamento* das dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico. No terceiro tópico abordarei os diversos *itinerários terapêuticos* utilizados por estas famílias. Com relação à discussão das categorias *participação familiar*, que foi o objeto dessa pesquisa, e *cuidado e auto-cuidado*, essa permeará todos os tópicos deste capítulo, visto que aparecem em todos os momentos dos envolvidos na labuta com a “doença mental”.

A discussão dos dados a partir das categorias norteadoras e mapeadas nos diálogos com os interlocutores permitiu a identificação dos saberes médicos não profissionais, que embora se constituam em *corpus* abstratos de saberes, são construídos em contextos de ações que devem também ser apreendidos pelos pesquisadores. De acordo com Rabelo (1999), as narrativas “constituem, como um todo, fonte, bastante rica de acesso à histórias e ao imaginário dos grupos estudados” (p. 75). Assim, através das entrevistas os participantes da pesquisa conseguiram narrar suas histórias sobre a lida com o sofrimento psíquico de seus familiares, e dessa forma expor a nós seus saberes e práticas construídos durante tal percurso.

¹⁰ Esse termo faz referência aqui ao momento em que tais manifestações começaram a representar um transtorno para o cotidiano destas famílias

5.1 IDENTIFICANDO AS MANIFESTAÇÕES DA *DOIDICE*

O processo de identificação das manifestações do sofrimento mental aparece com os mais diversos sinais indicadores do início da “doença”. Expressões que vão desde conflitos nas relações interpessoais, abuso de substâncias psicoativas, desleixo com relação ao auto-cuidado até outros comportamentos que fogem ao padrão da norma social. Nesse sentido Alves (1990, p.93) afirma:

Não será, portanto, pela simples decodificação de modelos cognitivos presentes em uma dada cultura que poderemos adequadamente compreender os processos pelos quais os indivíduos e grupos sociais estabelecem significados para sua conduta. É de se esperar que em episódios aflitivos as pessoas desenvolvam múltiplas interpretações sobre a enfermidade. Reduzir esses discursos a estruturas-cognitivas racionais é deixar de lado aspectos fundamentada da conduta humana.

Nos relatos que se seguem verificaremos como os familiares atribuem os diversos significados, as expressões da experiência-sofrimento psíquico. Nesse sentido busquei capturar os saberes produzidos pelos familiares na lida com o transtorno mental, visto ser essa a forma de se construir a história de um problema e possibilitar a apropriação do mesmo pelos sujeitos envolvidos no processo. (BOURDIEU, 1989).

Como destaca Canguilhem (1990) apreender a doença depende de como o próprio doente a reconhece como tal, e esse reconhecimento tem completo imbricamento com os contextos sociais em que os significados do adoecimento são construídos. Logo, a apreensão do sofrimento psíquico é algo que escapa tanto ao saber médico, como à rede de significados compartilhados pelos próprios familiares e usuários dos serviços de saúde, ou seja, uma dificuldade do próprio doente se perceber com tal, há uma dificuldade de identificação e precisão de diagnóstico e prognóstico (PEGORARO, 2006). Como foi afirmado em capítulo anterior por Canguilhem (1990), a dificuldade de enquadramento é em relação à própria pessoa, não é tanto um desvio do padrão, mas, sobretudo uma diferença deste padrão. Nos relatos abaixo é possível identificar o que o autor afirma sobre o reconhecimento do sofrimento psíquico pelos saberes dos familiares.

Esse primeiro relato foi um dos casos que me levou a desenvolver a pesquisa sobre o referido objeto. A interlocutora abaixo, traz um histórico de vários casos de sofrimento psíquico na família. É um histórico de reprodução de rede de significados, em que as interações e o cuidado familiar seguem um padrão de desqualificação daqueles que apresentam comportamentos que fogem do padrão considerado normal por essa família. Ou seja, os demais membros da família rejeitam, se omitem com relação ao cuidado com as pessoas que apresentam manifestações de sofrimento psíquico ou deficiência mental, sobrecarregando, dessa forma, a mãe, que assume todas as responsabilidades relacionadas à família, mesmo com todos os filhos adultos. A participação dessa mãe era apenas no grupo Conversa sobre Saúde, pois a mesma tinha que trabalhar para suprir a família.

Essa é uma família de chefia feminina, na qual todas as mulheres trabalham, exceto a usuária do CAPS, porém recebem menos que metade de um salário mínimo mensal. Como afirma Lima (2005) existe uma desvalorização da mão de obra feminina nas classes populares, principalmente quando se trata de trabalhos domésticos. Além da referida desvalorização da mão de obra feminina, com o agravamento do caso de Perséfone, as condições sócio-econômicas ficaram ainda mais precárias.

Um fato que merece destaque no caso acima é que mesmo sendo uma família chefiada por uma mulher, extensa, na qual todos os filhos permanecem morando com a mãe, no entanto aparece certa subserviência ao poder do patriarcado simbólico. Durante o relato de Demeter ela lista uma série de submissões da filha à violência sexual e doméstica, desde um estupro até a desqualificação por parte do ex-marido da usuária, segundo a mãe, abandona-a com o filho após a eclosão dos sintomas do sofrimento psíquico. Fatos que desencadeiam o sofrimento da mesma segundo a mãe, quando questionado sobre o processo de identificação do problema da filha.

Uma vez ela teve um estupro e ela ficou assim, deprimida, angustiada. Uma vez o namorado dela levou pra pagar uma conta na Calçada, ele achava que ela não era virgem, que não acreditava que uma garota de 19 anos, que naquela idade nenhuma moça fosse virgem [...] Com isso ela ficou com medo, pegou trauma de dormir sozinha, levou uns dois ou três meses dormindo garrada comigo [...], ficava sempre nervosa [...]. Sei lá [...] Muito

agitada [...] Também não me incomodei.[]Aí ela passou, fez o estágio e tudo, mas sempre aquele nervoso. (Demeter mãe de e Perséfone)

Até esse momento os comportamentos da usuária respondiam as necessidades da vida cotidiana, do trabalho, logo, para a interlocutora, não havia motivo para busca de suporte. De acordo com Canguilhem (2006) e Pegoraro (2006) quando a pessoa consegue trabalhar, estudar, seguir uma rotina de atividades, é considerada “sadia”.

Só que eu não pensei que fosse nada de anormal, né? Aí, arranjou um namorado... porque chegou uma época que ela foi trabalhar e conheceu o pai dele [do filho de 9 anos, que estava presente na entrevista] [...]. Aí engravidou. Só que ela chegava em casa sempre nervosa dizendo que ele ia brigar com ela [...], naquele maior nervoso [...]. Não sei. Nisso o menino nasceu [...]. Eu tomava conta dele e ela ia trabalhar, mas sempre com esse negócio de nervoso dizendo que ele ia brigar se não chegasse cedo. Um dia eu presenciei ele até cuspidando ela [...] [o marido?] Sim. Como outras pessoas que chegou lá e ficou comentando o tipo da reação dele... (Demeter mãe de e Perséfone)

Na exposição acima se verifica que apesar da filha apresentar vários sintomas de sofrimento psíquico, exposição à violência sexual e simbólica, não foi procurado nenhum tipo de suporte, só após a apresentação de comportamentos que destoavam muito do padrão considerado normal. Assim como a mãe não fez referência à registro de queixa policial relacionada ao estupro, muito menos com relação á violência por parte do marido, verifica-se uma postura de impotência ou descrença nas instâncias responsáveis, por parte da mãe e dos demais familiares.

No relato abaixo, aparece a identificação da expressão do sofrimento psíquico quando começa a se transformar num transtorno para a vida da família de Demeter e Perséfone. Segundo o modelo biomédico, aqui já começam a aparecer sintomas típicos da “doença mental”, delírios de perseguição, comportamentos que fogem completamente ao padrão de normalidade do grupo social.

[...] “É, já que não vieram aqui é porque não aconteceu nada”. Aí fomos dormir. Quando foi umas onze horas ele bateu na porta e disse: “Venha ver sua filha como é que está”, a Sra. é mãe [delega a responsabilidade a figura materna, o marido não se implica no cuidado] e eu pensei: “Meu Deus! Uma hora dessas?”. Aí ele partiu pra ignorância [...]. Quando cheguei lá, ela estava agarrada com ele [o filho] no colo, os cabelos soltos, nua... botou a saia de roda pra baixo, tirou a blusa, ficou com os peitos de fora, os cabelos soltos e cantando: “O marinheiro não navega mais no mar [...]”,[...] Aí a gente ia tocar o menino, ela empurrava a gente porque não queria que tocasse. Deu um trabalho e tanto pra tirar dela. Aí a gente chamou a polícia,

a polícia demorou de vim, a gente chamou um monte de vizinho...[rede de solidariedade], chorando, se acabando no colo dela e ela sem querer. Quando a gente veio conseguir tirar ele do colo dela, já era umas duas horas da manhã. [...] Porque ela não deixava tirar o filho do colo e a gente não sabia como lidar. Eu fiquei chorando, porque eu nunca tinha visto uma coisa daquela. A gente tudo com medo, porque ninguém nunca viu uma situação daquele jeito [...] Um tempo ela fica xingando diz que as pessoas estão falando mal dela, queria jogar pedra, outro tempo se trancava dentro de casa; outro tempo queria se matar! Uma vez mesmo chegou a beber um bocado de comprimido, que queria morrer. Dizia que ia matar ele e depois se matar. Um bocado se sintomas é tanta coisa. (Demeter mãe de Perséfone)

No caso descrito se identifica a solicitação constante da presença materna como suporte no cuidado à filha e ao neto, a tentativa de proteger a filha, interferências no casamento que não evita a violência doméstica, mas estratégias um tanto solitárias, contando algumas vezes com ajuda dos vizinhos, como rede de solidariedade. Outro aspecto que aparece é a delegação do cuidado, por parte do esposo, à figura materna (MACEDO, 2008, PITTA, 1996, WAIDMAN, 2005 e CARVALHO, 2008). Vale lembrar que o esposo abandona Persefone e o filho após o agravamento do sofrimento psíquico.

No próximo caso a interlocutora assumiu os cuidados com a irmã, que, segundo ela, sempre teve relação difícil com a família, não obedecia às regras impostas pelo pai, saía, bebia, vivia de forma que ia de encontro com as normas do grupo familiar. São filhas do primeiro casamento do pai, que quando se casou pela segunda vez levou as duas filhas para morar com ele, Atena e Medusa. No segundo casamento o pai teve mais doze filhos, que hoje, junto com a madrasta ajudam financeiramente nos cuidados com Medusa. Inclusive, em conversa com o técnico de referência da usuária, a mesma infere que acha que Medusa quer sair da casa de Atena e voltar a fazer as coisas de antes, sair, ter mais liberdade.

Verifica-se que a interlocutora, quando questionada sobre a identificação do problema da irmã, afirma que o problema não é psíquico, pois alega que a usuária tem clareza das coisas que faz e parece pirraçar, outro momento atribui à bebida alcoólica. Verifica-se, assim, a identificação dos sinais do sofrimento psíquico como uma maneira de ser, ou seja, uma outra forma de existir que foge ao padrão do grupo social, não respondendo mais às expectativas e demandas deste grupo (CANGUILHEN, 2006), ou existência-sofrimento psíquico como conceitua Alves (1994)

Na verdade, o problema que Medusa tem não é psíquico, né. Porque Medusa usou bebidas alcoólicas por longos anos, ela viveu assim fora da família, longe da família e há uns dois, três anos eu tive conhecimento de que ela estava passando muito mal. [...] Mas devido a um problema de família que teve ela com a filha, ela não aceitou o marido, a filha botou o marido dentro de casa, né, e ela entrou em depressão. [...] Eles acham assim, que o problema que ela apresenta é mais da natureza [...] Manias [...] puxando o cabelo aqui, chega andava sem cabelo na frente [...]. Depois ela largou e veio com outra mania de botar a língua pra fora e ficar puxando e babando [...]. (Atena 56 anos irmã de Medusa)

Durante as observações do grupo de família os relatos de Atena corroboram o que foi compartilhado na entrevista, quando descrevia a dificuldade e o cansaço na vida cotidiana com a irmã, quando tenta convencê-la a agir de modo a não parecer que tenha problemas mentais. Apesar de se referir ao abuso de álcool como causa dos problemas da irmã, a maioria das suas falas remetem mais a uma forma de existir, de agir fora do padrão considerado por Atena como normal.

Mas não foi uma coisa psíquica, tanto que ela pára, conversa, ela responde tudo. Eu fico testando ela assim, eu pergunto: “Julho é que mês mesmo?”, “É mês sete”, ela responde tudo normal. Só que tem umas manias que ela tem que eu não aceito mesmo, eu não agüento, eu perco a paciência. Porque eu fazia todas as vontades dela, mas pra algumas coisas ela já está normal. Pra ir, pro exemplo, ao sanitário eu tenho que ir e ficar ali no pé dela, de junto dela. Se não ela faz xixi na cama, faz aonde ela quer, porque ela é muito pirracenta. Não quer escovar os dentes, não quer tomar banho, não quer nada, essas coisas do corpo dela [...]. (Atena 56 anos irmã de Medusa)

A irmã utiliza a orientação temporal e outros aspectos relacionados à cognição como uma forma de confirmar ou negar o problema da usuária, mesmo esta apresentando outros comportamentos como o descuido extremo com a higiene pessoal e com o ambiente onde vive, conforme apresentado acima, além da prescrição de antipsicóticos, afirma que não é uma “doença mental” e sim pirraça. Como as capacidades cognitivas, segundo Atena, não estão comprometidas, para ela não há indícios de problema psíquico por parte da irmã.

No caso seguinte, uma outra irmã, Harmonia, é responsável pelo cuidado do irmão que é usuário do CAPS; a mãe é falecida, e não conheceram o pai, são somente dois irmãos. Eles viveram com a mãe na casa de uma tia que era casada e o esposo da tia fazia às vezes de pai. A irmã alega que quando o irmão apresentou os

primeiros sinais de sofrimento psíquico, os familiares trataram como se fosse também, uma mania, um jeito de ser.

Com 19 porque o pessoal de lá de casa, minha família, achava que aquilo era uma mania, eles não sabiam, não conhecia a doença e deixou, se agravar né [...] acho que é por isso que M. ele não tem uma melhora bem elevada, por causa disso [...]. Ai dizia isso é mania, mania, Eu que era mais moderna achava que aquilo não era mania, uma pessoa ficar 6 anos dentro de um quarto, eu acho que, eu achava que aquilo era doença, tipo, que alguma coisa tava acontecendo [...].(Harmonia 46 anos irmã de Lasion 49 anos)

Outro aspecto que aparece na fala de Harmonia é que se a família não confundisse os sintomas com “mania” que o usuário poderia ter uma melhora significativa. Ou seja, a identificação do quadro como sofrimento psíquico pode delinear a forma de enfrentar o problema, como e onde buscar auxílio. Um fator que interfere nesse processo de identificação é o receio com relação ao estigma que permeia o sofrimento psíquico, o medo da família e do usuário ser estigmatizados leva ao adiamento da busca de suporte. Para Goffman (1988) certas características se tornam estigmatizadas, provocando efeito de descrédito, de defeito, de fraqueza e ou desvantagem, como é considerado a identificação de alguém que desenvolve um sofrimento psíquico.

A partir do momento que as manifestações se transformaram e passaram a comprometer o cotidiano do usuário e da família, esta passa a buscar auxílio nas diversas modalidades de serviços de saúde mental. Observa-se, nesse estudo, uma busca de suporte somente quando as manifestações dos agravos psíquicos começam a tornar a convivência caótica. Sendo necessário, nesse momento, recorrer aos serviços de emergências, que no caso de Salvador, se conta com o Hospital Mario Leal, O Hospital Juliano Moreira e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Podemos nos reportar, também, a partir dos relatos de Harmonia ao conceito que Canguilhem (1990) traz de cura, como a retomada a uma forma de interagir com a realidade social o mais próximo possível da norma, da qual Lasion tinha se afastado durante os períodos de crises. Nesse caso específico o usuário e a irmã freqüentam

o CAPS desde que foi implantado. Inclusive a mesma participa do grupo de família desde esse período.

A seguir temos uma família extensa, quatorze irmãos, os pais já morreram, os irmãos dividem as responsabilidades relacionadas ao suporte material de Apolo, usuário do CAPS. Ele mora com um sobrinho adolescente e quando está bem, cuida da casa, da alimentação e frequenta suas atividades na unidade de saúde. Ártemis, a irmã que participou do estudo, é casada, mora em outro bairro, outro Distrito Sanitário, mas assumiu frequentar o Grupo de Família, para entender sobre o tipo de suporte que podem oferecer para o irmão. Desta forma, ela tenta romper com a rotina das intervenções dos serviços de emergência de saúde mental, pois segundo a mesma após o efeito do medicamento volta tudo de novo.

Ártemis fala sobre a diferença entre o comportamento cotidiano do irmão, Apolo, e as transformações que acontecem quando aparecem os sinais do transtorno mental. Um deles é o não reconhecimento das próprias ações por parte de Apolo.

Ele sempre foi assim parado, sabe, nunca fez amizade com ninguém, ele é assim ele se fecha pra ele mesmo [...]. É, desde menino. Aí depois ele começou a fazer coisas e dizer que não era ele que estava fazendo [...]. Assim [...]. Tipo assim, dentro de casa mesmo teve uma época que ele acabou tudo dentro de casa, ele fica nu, e olha que ele é uma pessoa escabreada. Ele fazia fezes dentro de casa e passava nas paredes do quarto. Ele fez fezes a primeira vez, minha mãe ainda era viva. Foi um sofrimento mesmo danado [...]. (Ártemis irmã de Apolo)

Apesar de relatar sobre as manifestações da subjetividade, do jeito de ser, e a “doença”, em um determinado momento começam a aparecer o que definem como sinais típicos de “doença” mental, quando a pessoa que apresenta os comportamentos os rejeita, não assume ou não reconhece sua autoria. Ou seja, o que a modernidade vai considerar como desrazão, objeto da intervenção médica (AMARANTE, 2003, FOUCAULT, 2004, STROCKING, 2007).

A familiar abaixo, casada, tem seis filhos, o marido trabalha como autônomo, apenas uma filha trabalha com carteira assinada, os demais trabalham quando aparece alguma coisa, sem vínculo empregatício, dentre os filhos, um desenvolveu sofrimento psíquico. A mãe quando não pode participar das atividades do CAPS,

manda uma filha. Hera afirma que gostaria de participar de outras atividades, porém tem que cuidar dos afazeres domésticos, do filho e de uma sogra que faz hemodiálise, por isso não consegue estar mais presente na instituição. Percebe-se a sobrecarga de trabalho na jornada feminina, na qual a interlocutora labuta assumindo o cuidado por todos os membros da família, não se dedicando ao autocuidado. (LIMA, 2005 e CARVALHO, 2008)

Essa mãe começou a identificar os primeiros sinais do sofrimento do filho há um ano, quando esses se agravaram, conforme relato, a mesma buscou atendimento em hospitais de emergência psiquiátrica. Seu itinerário terapêutico se reduz a emergência em situações de crise, ao CAPS e alternativas religiosas na labuta com a “doença” do filho. Nesse caso, houve logo um estranhamento da postura diferente do modo cotidiano deste se relacionar com a família. Como afirma Canguilhem (2006), as experiências anteriores do ser humano oferecem parâmetros para a identificação de expressões que fogem ao padrão estabelecido pelo grupo social.

Ele começou a ficar isolado, sem falar com ninguém. Ele conversava mais assim era com minha filha [...], “eu to achando estranho”, está acontecendo alguma coisa com ele!”, aí o pai falou: “Vou conversar com ele”. Mas ele não se abriu com o pai não. Aí depois de uma semana ele começou a ouvir vozes dizendo que ia matar ele [...] aí ficou sem comer. Aí foi quando eu achei que era alguma coisa. Falei a ele pra ir pro médico, mas ele não quis ir pro médico. Aí eu falei com a vizinha, aí minha vizinha foi lá e conversou com ele: [...] mas foi mesmo que nada. (Hera 49 anos mãe de Ares 26 anos).

Um aspecto que aparece presente nas classes populares é a forma como a rede social se organiza solidariamente para o enfrentamento de situações difíceis.

Aí foi o jeito, eu ligar pra SAMU pra levarem ele, né, aí foi quando ele veio de lá e meteu o dente no fio do telefone e cortou [...] mas dizendo que era a polícia e que tava querendo matar ele [...] quando a vizinha chegou e eu pedi a vizinha pra ligar. Aí foi que a ambulância veio, não teve jeito e ele foi amarrado. (Hera 49 anos mãe de Ares 26 anos).

Na seguinte família, a mãe teve o filho ainda adolescente, a avó e o padrasto da mãe registraram o usuário, porque ela era ainda menor de idade, o pai do usuário era de Santo Amaro, já faleceu. Depois se relacionou com outra pessoa teve mais dois filhos, porém o companheiro bebia muito, dava muito trabalho, segundo a

interlocutora, ai “caiu fora”. Atualmente os outros dois filhos moram em outra casa, perto da que ela mora com o filho que é usuário do CAPS, porque não agüentaram as coisas que Zeus aprontava.

Gaia tem 64 anos, participa do grupo de Família, porém Zeus não quer freqüentar o CAPS, inclusive ela já destaca esta recusa na descrição do itinerário na “labuta” com o filho. No trecho abaixo atribui a causa do problema do filho ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, inclusive a mesma não nomeia o que o filho usava. Ela afirma que atualmente ele não usa mais “drogas”.

Não sei foi 15 para 16 ou, 16, ou 17 [...] Tem muito tempo isso. Aquele negócio que ele tomava afetou o cérebro. Tanto que ele só vivia internado. Foi internado mais de dez vezes lá no Santa Mônica, até que o INSS fez a perícia nele, né, os médicos, pra ver se ele tava internado mesmo [...]. Tomava esse negócio de injeção, esses xaropes, esse negócio de pico, aí... Antigamente, que não tinha esse tratamento, ele ficava se entortando todo. ...ele melhorou, mas ficou andando torto assim, de banda. [...] Mas depois ele não usou mais isso, né, deixou de usar. Nunca mais ele usou isso não. (Gaia 64 anos, mãe de Zeus 47 anos).

No relato abaixo aparece um termo bem popular para se referir ao sofrimento psíquico, *atacado da lua*. Inclusive num desses momentos teve um conflito com um vizinho que tentou atirar nele e pegou de raspão, segundo a mãe, quase pegou no irmão que estava deitado. De acordo com a entrevistada, quando o usuário está em crise, diz que a bala tá dentro da barriga. A forma que descreve os comportamentos agressivos parece atribuir à “doença”.

Só mesmo se internando quando tá atacado da lua [...] Ele fica batendo, querendo dá pedrada nos outro, querendo sair pra rua [...] rumar pau nos outros. Até dentro de casa comigo. Já teve parada lá de derrubar porta, portão. Um dia mesmo lutando com os irmãos mesmo [...] porque os irmãos é pela minha parte, não é pela parte do pai não, porque ele é registrado pela minha mãe [...]. Quando está em crise ele disse que fica vendo vulto. [...] Um dia mesmo deu um pontapé lá [...]. Tem muitos anos! [...] Ele agora fica dizendo que a bala tá ali dentro. Até quando ele teve internado eu levei pra tirar uma radiografia [...] tá cabeludo, não quer cortar cabelo, não quer fazer a barba [...]. Que se não tivesse ele lá, minha casa até que era direitinha. Fica sentado e ali mesmo urina [...]. (Gaia, 64 anos mãe de Zeus 47).

Assim, na forma de identificar os sinais do “problema psíquico” mostra já manifestações que comprometem as relações dentro de casa, a integridade física da família, dos vizinhos e de quem mais estiver por perto.

A seguinte entrevistada é Maia, 60 anos, mãe de um rapaz de 35 anos. Ela vive com um companheiro, não consegui identificar se o mesmo é pai do usuário, segundo técnicos da unidade de saúde, parece que o companheiro de Maia não aceita Hermes em casa. A interlocutora queria que a entrevista fosse realizada em sua residência, achava que era uma forma de um representante da instituição verificar suas condições de moradia, porém não foi possível e a entrevista foi realizada na unidade de saúde. No presente caso, não foi possível obter, da equipe técnica, maiores informações relacionadas ao suporte domiciliar, aspecto bastante relevante, já que essa interlocutora não consegue fazer com que o filho frequente o CAPS. Durante nossa conversa ela descreve que sua casa é muito pequena e seu filho não suporta ficar trancado em casa, por isso foge para a rua.

Além de não frequentar o CAPS, ele não toma os remédios, vive na rua, com histórico de diversos internamentos, passou pelo ambulatório do Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho quando foi encaminhado para o CAPS. Além dos comportamentos considerados fora do padrão que permite a identificação do “transtorno”, Maia faz referência também a inutilidade do filho após o evento que desencadeou o sofrimento psíquico. O que Pegoraro (2006) aponta como um critério utilizado pelas famílias para identificarem o agravamento da “doença”, quando os usuários não conseguem mais trabalhar, produzir para garantir suas necessidades materiais.

Tem 14 anos, e então ele fez, houve uma pancada na cabeça e depois dessa pancada que ele caiu atrás do ônibus, ele não serviu mais,. E ele tinha 14 anos hoje ele está com 35 anos, eu venho lutando com J. esses anos todos, cuidando dele, dando as coisas, médico, tudo. (Maia 60 anos mãe de Hermes 35 anos).

Quando ela se refere ao filho como alguém que não serviu mais depois que apresentou os primeiros sinais de sofrimento psíquico, remete assim a concepção de normalidade discutida por Canguilhem (1990). Ou seja, daquela pessoa que pode desempenhar as funções que são atribuídas tanto pelo próprio indivíduo como pelo meio social. Nesse caso Hermes não pode mais desempenhar tais funções. Em relação a isso, Strockinger (2007) afirma que com a abordagem positiva e racional da ciência, a loucura passa a ser considerada como desrazão e vinculada à desqualificação moral, o “louco” passa a sofrer também uma segregação econômica,

por não ser considerado uma pessoa produtiva. Esse aspecto é identificado na fala da mãe acima.

No evento abaixo a entrevista foi realizada na casa dos usuários, pois estes não estavam freqüentando o CAPS. Nesses casos, o técnico ou a técnica de referência faz uma visita para verificar o que está acontecendo. Foi observada na residência uma situação precária, sem água encanada, sem luz, as condições de higiene deixavam muito a desejar. Família com chefia feminina, o filho e a filha desenvolveram sofrimento psíquico, pais diferentes que não dão suporte emocional nem financeiro, inclusive o pai da garota deixou de visitá-la quando a filha apresentou agravo das manifestações do sofrimento psíquico. A precariedade nas condições de sobrevivência se agrava, ainda mais, porque a mãe não consegue ter liberdade para trabalhar fora em função da sobrecarga de trabalho e tempo dependidos com o cuidado dos filhos. A genitora durante a entrevista faz referências a outros familiares com sofrimento psíquico, dentre estes, um primo que também é usuário do CAPS.

Quando Europa se refere às causas orgânicas da “doença” dos filhos, legitima a abordagem biomédica e o tratamento medicamentoso, destacando a recorrência das crises quando o usuário abandona os remédios. A solidão no cuidado dos filhos e no sustento da casa, não a possibilita sua participação nas atividades disponibilizadas aos familiares, apenas no grupo Conversa sobre Saúde, onde consegue as receitas e os remédios para os filhos.

Porque ela teve as crises com 15 anos, eu não sabia o que era e ela sentia muita dor de cabeça.. ele passou exame e deu 5 focos e ele disse ela vai ter que tomar um remédio aqui passou um remédio Leptil e ai ela ficou boa e não quis mais tomar a medicação ai não ficou mais boa deu crise. (Europa mãe de Sémele 23 anos e Minos 28 anos).

No relato acima a mãe faz referências a problemas orgânicos, que podem ter interferido no processo de “adoecimento” psíquico dos filhos, ou seja, desencadeou a depressão. Na observação domiciliar, Europa fez questão de mostrar as condições significativamente difíceis de sobrevivência em que cuidava dos problemas relatados acima.

5.2 A LABUTA COM A *DOIDICE*

Durante o trabalho de campo foi possível identificar famílias com estrutura típica da sociedade contemporânea que contemplam a distinção que Carvalho (2003) faz entre grupo familiar e grupo residencial. É importante destacar o papel dos vínculos de solidariedade e cuidado que mantêm esses grupos, e seu papel no enfrentamento dos transtornos decorrentes do agravamento do sofrimento psíquico. No caso das famílias que fogem ao padrão nuclear burguês, apesar de relatarem certa frustração e fragilização emocional dos seus membros, eles se organizam como uma rede de solidariedade e suporte tanto econômico como emocional. É o que se observa entre os interlocutores abaixo.

Porque a gente não teve pai, meu pai não conheci, nem eu nem ele, a gente morou na casa de minha tia, minha tia tinha sete filho, né, não sei se foi isso ele vendo todo mundo ali unido, pai e mãe e filho, ele vendo só eu ele e minha mãe. e morava na casa da tia, acho que ele sentiu falta do Pai, acho que foi isso acho eu tenho pra mim que foi que foi isso, ele vendo a família reunida, minha mãe irmã de minha tia e ele via ficou com aquela coisa assim de não vê o pai e ele se sentiu, ele via isso e ficou assim eu achei que ele sentiu falta do pai né [...] um tio maravilhoso que criou a gente praticamente, não chamava de pai chamava de tio, ate eu me sentia assim né, todo mundo chamando de pai, e eu mesma nunca tive esse gosto...O pai que tive foi ele que cuidou direito da gente mesmo. (Harmonia 46 anos irmã de Lasion 49a).

Aqui outra irmã aponta à frustração dos usuários frente a estruturas familiares divergentes do modelo nuclear burguês de família, ele mora com um sobrinho adolescente, quando não está em crise assume os cuidados consigo, com o sobrinho e com a casa. Ártemis destaca que apesar de estarem todos em residências diferentes, não esquecem do irmão.

Agora hoje mesmo a gente acha que ele só tá com depressão, porque ele fala assim: "Poxa, eu não fiz nada, não tenho nada, todo mundo tá casado". Então eu penso que ele hoje está assim, ele está reclamando do que ele não fez, porque ele é perfeito. Quer dizer, ele não trabalhou, ele parou de estudar, ele não constituiu família [...]. Eu quando converso com ele, sempre digo: "Ó Rai, a vida é assim mesmo! Uns casam outros não casam". A gente faz o que pode, né, tá todo mundo em suas casas cuidando de suas vidas, mas a gente não esquece dele! Mas a gente não pode estar ali ao lado dele 24 horas. (Ártemis irmã de Apolo).

Nos dois eventos se identifica o modelo de família extensa, e também o tipo de organização onde mais de um núcleo convive na mesma casa, ou distribuídos em diferentes residências, ilustrando as configurações familiares predominante na realidade pesquisada e também em outros estudos sobre as famílias de classes populares (SARTI, 1996).

De acordo com Souza (2001) a irrupção do sofrimento psíquico surge como algo que compromete a rotina das interações, levando os sujeitos envolvidos a desenvolverem novas estratégias de lida para o enfrentamento dos agravos decorrentes da nova situação.

A filha dela tem 24 anos e tava com pressão de 19, porque quando chegava em casa [...]. Fica muita coisa na cabeça da gente assim, né, precisa muita... (Atena 56 anos irmã Medusa).

Na labuta diária aparecem alguns sentimentos como a impotência frente à aflição do membro da família que apresenta sofrimento psíquico, principalmente nas situações de crises/surto, quando a família fica bastante vulnerável e necessita recorrer à ajuda dos vizinhos como rede de solidariedade;

Essa semana de quarta pra quinta ele ficou a noite toda na rua, ouvindo vozes, sem se alimentar. O remédio, quando ta assim ele não toma o remédio quando tá assim, bebe água assim da rua. Meus vizinhos é que ajudam. Dessa vez mesmo foram dez homens pra pegar ele na rua. [...] Nós sofre muito. Quando ele fica assim na rua o pai olha, até os vizinhos assim tarde da noite também olham. (Hera 49 anos mãe de Ares 26).

A batalha nas situações de crises, quando o atendimento emergencial não dá conta da recorrência das manifestações dos agravos psíquicos, acentua os sentimentos de impotência e fragilização do grupo familiar é destacada no depoimento a seguir:

Ele já saiu de lá mortinho, carregado, porque minha irmã e meu irmão têm carro, aí quando chegou em casa apagou. No outro dia volta tudo de novo. (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

Pegoraro (2006) também aborda, em seus estudos sobre o sofrimento dos familiares, esse descrédito por parte dos familiares com relação ao saber e intervenções do modelo biomédico.

De acordo com Delgado (2001) a cronificação do quadro do sofrimento psíquico têm relação com a estrutura da instituição de saúde mental, seu projeto terapêutico e o eixo norteador da formação dos profissionais atuantes. Aspecto também destacado por Nunes (2008), em estudo sobre atuação de profissionais a partir da proposta da clínica ampliada (CAPS), mostra que a formação da equipe e os vícios dos anos de trabalho em serviços asilares às vezes dificultavam uma atuação na perspectiva psicossocial.

Em outros casos, esses familiares realizam verdadeira *via crucis* buscando apoio, suporte nos serviços de saúde;

Daí, a filha levando ela pra lá e pra acolá, pra poder saber, pra ver o que era o distúrbio dela, pra tomar remédio e tudo [...]. (Atena 56 anos irmã de Medusa)

Essa mãe acompanha e luta sozinha, contando às vezes com os filhos, para defendê-la das investidas de Zeus, quando direciona a agressividade para ela. Essa batalha cotidiana deixa Gaia muito cansada, desgastada.

Porque eu sozinha [...] se ele joga alguma coisa no chão, não pega não, os prato ele não lava, parece uma criança, tudo que faço sou eu. Falo com ele é mesmo que nada. Eu de tento me abaixar já ando com minhas costas doendo [...]. Toma remédio, toma injeção aqui de mês em mês [...] três injeção de Adol, fora os comprimidos de Lecopamazina (?), aquele Fenegan. Só que Dra. L. suspendeu, porque ele precisava também de Adol em casa, quando ele fica muito agitado, quer tomar mais Adol e aí ela suspendeu. Aí fica só tomando injeção de mês em mês. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

O difícil esforço de uma senhora de 60 anos para cuidar de um filho de 35 anos, que é agressivo, foge, não toma os remédios, reflete seu cansaço nesses 20 anos, visto que começou quando ele tinha de 14 para 15 anos.

[...] eu to revoltada com isso eu vejo meu filho na rua parecendo um mendigo, isso eu não aceito. [...] Mas ele corre e eu não posso dá o remédio dentro de casa...Porque se eu pudesse dá o remédio dentro de casa, eu dizia vai buscar que a gente dá [...] mas na hora de levar esses doentes para casa não tem um carro, não tem ninguém ao nosso lado, a gente vai sozinho com esses doentes pela rua para tomar transporte, ta entendendo, é ruim...Quase ninguém quer saber [...]. Porque eu mesmo já estou cansada, estou com 60 anos, para me arrebeitar toda [...] vivo carregando roupa, sapato, como todo mundo ta vendo ai, isso eu não aceito, já to com

60 anos [...] são pobre, o salário que ganham não dá para manter [...]. (Maia 60 anos, mãe de Hermes 35 anos).

Outro aspecto que apareceu durante as entrevistas foi à solidão no cuidado a pessoa que apresenta um sofrimento psíquico. Milles (1982) destaca que omissão é uma das reações observadas nos familiares, ou seja, uma recusa em enfrentar o problema, procurar suporte, acompanhar aos serviços de saúde, construir estratégias de enfrentamento das dificuldades decorrentes do “transtorno” psíquico, deixando o cuidado à cargo de apenas um membro da família.

[...] só vejo ela falar e a filha não ta querendo saber dela... ela disse que não queria saber, que ela era filha, mas eu era irmã... Outro dia, na última vez que eu tive lá ela mandou dez reais [...]. Manda uma lata de leite assim e mais nada... Oito meses já, porque foi em novembro até agora [...]. Eu que estou sempre [...]. Se ele ficasse normal ela teria muitos lugares pra ficar, mas do jeito que está ninguém fica. Lá em casa mesmo todo mundo já perdeu a paciência, porque ela pinta e borda com todo mundo. Xinga, roga praga [...]. (Atena 56 anos irmã de Medusa).

O abandono por alguns membros da família é freqüente, como destaca essa mãe, os dois pais não dão qualquer suporte aos filhos, usuários do CAPS.

O pai dela mesmo sumiu depois que ela ficou doente e o pai dele tem 1 ano que não vem aqui. Eu mando recado, ele diz que está doente que não pode vir mais. (Europa mãe de Semele 24 anos e Minos 28).

No caso dessa usuária, a mãe além de se sentir sozinha para cuidar da filha, do neto e de mais dois filhos que também necessitam de suporte terapêutico, um por apresentar deficiência mental “mente muito atrasada”¹¹ e o outro sofrimento psíquico “sistema nervoso, se enraiva com tudo que é coisa, fica nervoso”¹², os demais ainda rotulam Perséfone, estigmatizando-a, neste caso destacando o sofrimento psíquico como algo que a desqualifica. (GOLFMAN, 1988).

Só. Por sinal os outros irmãos nem falam com ela porque esse mesmo diz que não gosta de falar com maluco [...]. (Demeter mãe de Persefone).

¹¹ Como a interlocutora descreve os problemas dos dois filhos

¹² Como a interlocutora descreve os problemas dos dois filhos

No depoimento abaixo, os irmãos que não acompanham a rotina de cuidados no CAPS, questionam sobre a efetividade da intervenção sempre que o usuário apresenta crises.

Eu digo que é bom a gente vim pra cá, pra poder não só eu ficar sabendo, não só eu como [...]. Porque só duas irmãs minhas é quem sabem. Aí quando ele dá crise: “Puxa! O que é que acontece, vai pra médico e ele tá assim?” [reprodução da interlocutora da fala dos irmãos que não participam das atividades do CAPS] Mas não sabem como é isso aqui. Eu não tenho prova pra mostrar, mas eu tenho, porque a prova viva sou eu mesmo que venho pra aqui. (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

A entrevistada fala da sua angústia quando os familiares omissos com relação ao acompanhamento questiona a estratégia de enfrentamento encontrada e reconhecida por ela como efetiva, aspecto destacado no tópico seguinte quando os familiares comparam as modalidades de serviços de saúde mental.

A participação no grupo de família é uma estratégia de **cuidado e auto-cuidado** buscada pelos familiares. Pois diante das queixas recorrente referentes às dificuldades na lida com os usuários, o Grupo de Família teve que tomar outro rumo, assumindo os cuidados aos familiares que cuidam dos usuários. Inclusive outro problema enfrentado é a recusa da pessoa que apresenta os sinais de sofrimento a freqüentar a unidade de saúde, o que sobrecarrega ainda mais os familiares.

Porém, a batalha cotidiana nem sempre permite uma melhor apropriação desse espaço, como relata a mãe de Ares.

Eu só falto dia de quinta-feira assim por motivo, assim de muita dificuldade, como no dia que eu tava em crise [problemas de saúde], mesmo eu não pude vim. Faltei mais duas semanas atrás que eu tava doente do olho também e aí não pude vim. Mas sempre eu venho [...]. cuido dos meus afazeres de casa e isso aí toma meu tempo, né? Às vezes também eu levo minha sogra pra fazer hemodiálise na Clínica do Caminho de Areia. Quando eu não posso ir, minha filha vai...Para aprender mais. Quanto mais a gente freqüenta, mais a gente vai aprendendo. (Hera 49 anos mãe de Ares 26 anos).

Dentre estes problemas que acentuam o desgaste na lida com a pessoa que desenvolve o sofrimento psíquico aparecem outras dificuldades: a falta de tempo para participar das atividades disponibilizadas na rede social e nesse caso no CAPS,

em função dos afazeres domésticos e o trabalho fora para manter financeiramente a família;

É importante, mas as pessoas têm que ter tempo como eu mesmo. Ficam como eu mesmo que tenho que tá lá todo dia né para acompanhar. (Europa mãe de Semele 23 anos e Minos 28 anos).

A participação deixa de ser freqüente quando o familiar arranja emprego, e aumentam as demandas dos demais membros da família. O que se observa geralmente entre os companheiros que não tem vínculo de parentesco com o “doente”.

Eu acho que é importante, eu mesmo agora..., eu estou desempregada, então quando alguma pessoa me chama pra fazer algum trabalho, aí eu vou e já não posso vim pra cá [...]. Meu marido agora mesmo tava encostado em casa, pediu dois meses depois voltou, então mudou minha rotina de casa, de dar assistência, de ter de fazer comida e tudo. Porque antes era eu e ela e meu filho. Eu tinha uma maneira e então mudou essa maneira e eu não tenho vindo. Terça-feira mesmo, porque ela (a irmã) toma muito do meu tempo, aí quando eu olhei tava passando do horário aí eu já não vim pra reunião de família. (Atena 56 anos irmã de Medusa).

Os ciúmes do companheiro, a não aceitação da sobrecarga apenas em um membro da família, com relação ao acompanhamento e participação nas atividades da unidade de saúde.

Olha, eu estou encontrando dificuldade com meu esposo [...]. Porque ele acha assim: dentro de uma família com um bocado de irmãos só uma pessoa agir? Mas eu não penso na maneira dele, eu penso que eu estou fazendo a minha parte [...]. Então, dia de hoje quando venho aqui, não só hoje, mas quando é pra vir com ele no médico, eu corro, né? Porque aqui tudo é uma e meia. Eu passo a manhã toda correndo. Aí ele fica: “Já tá na correria pra sair [...]”. Isso aí é um abuso, é chato. Eu contei até pra Ilitia, mas não era nem pra tá contando isso pras vocês, porque vocês são pessoas estudadas e eu tenho até vergonha de ter um marido que fica assim porque está duvidando da mulher, né? Então ela já está sabendo que eu fiquei de vim uma quinta-feira sim e outra não. (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

Nos dois relatos, fica clara, também, a cobrança por parte de outros membros da família, o que acaba sobrecarregando as mulheres, inclusive comprometendo relacionamentos afetivos. Isso nos remete à discussão sobre a dupla/ tripla jornada feminina discutida por Lima (2005), Macedo (2008) e Carvalho (2008).

A seguir, o relato materno destaca a sobrecarga no cuidado com o filho e com as coisas da casa que acabam inviabilizando a participação materna nas atividades disponibilizadas aos familiares. Sua labuta é acentuada pela desorganização que o filho faz na casa, além de colocar em risco sua vida e dos demais moradores, agora só a mãe, porque segundo esta, os irmãos não suportaram a convivência.

Tudo sou eu pra fazer as coisas. Se for pra pagar uma água, eu que vou pra pagar, porque os meninos não têm tempo [...]. Porque tem vezes que até de tarde eu saio. Mas de manhã é o pior horário que tem... Só falto me acabar de falar com ele e não dá em nada. Aí se você ficar só falando, se estressando, é capaz de dar um enfarte e até morrer! [...] Mas ele ficava deitado dentro de um quarto cheio de coisa, tudo desarrumado, é uma bagunça na minha casa que só a senhora vendo! [...] Não posso nem arrumar minha roupa. Se tivesse uma pessoa pra ele tá passeando [...]. Não quer sair pra canto nenhum, só quer ficar em casa.. Eu não gosto de sair pra deixar ele sozinho, porque um dia desses eu saí e demorei um pouco, aí ele abriu a boca do fogão, se riscasse um fósforo, acho que ia pegar fogo na casa [...] eu comprei um rádio assim pequenininho e nem usei o rádio...Quando fui ver o fogo já ia no telhado, ele tocou fogo no rádio...Tem vez que quando eu chego tá a televisão caída no chão, o rádio na maior altura [...]. (Gaia.64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Apesar de o filho ter o Benefício de Prestação Continuada da Previdência Social, essa mãe procura outras fontes de renda, como uma forma de se distrair, o trabalho fora aparece como algo lúdico, não como uma sobrecarga, como nos demais relatos.

Fica mijando no portão [...]. Três colchão ele já acabou [...]. Com aquela cueca mesmo molhada de mijo vai pra cima do colchão [...]. Eu faço um negócio aí de jogo do bicho há muito anos, é um joguinho besta, eu faço um pouquinho pra distrair a mente. (Gaia.64 anos mãe de Zeus 47 anos).

No próximo relato, a mãe alega dificuldades para se apropriar dos espaços de **cuidado e auto-cuidado** no CAPS, pois trabalha com vendas. Antes tinha uma espécie de armarinho que fechou, e quando fechou, passou a vender cosméticos, roupas, “sacoleira” como define suas atividades para sustentar a família, principalmente a usuária e seu filho. Como a filha não tem O Benefício da Previdência Social, não tem como arcar com deslocamento até a unidade de saúde, para participar das atividades.

[...] eu não lembro muito bem não, porque eu tenho tantos pobremas na minha cabeça [...] Olha [...] quando eu passei a tomar conta dela eu tinha uma condição financeira melhor. Aí eu tinha um comércio... e eu ainda vinha aqui sempre. Eu trazia ela três vezes na semana e vinha no Grupo Família. Mas só que a minha situação financeira está péssima! Eu tô mal mesmo, até meu cartão vai descer pro SPC [...] por isso que eu não tô freqüentando aqui direto. Eu tenho que me virar com ele (o neto), eu tenho que fazer comida [...] e na época eu não tinha nem o passe, de uns tempos pra cá foi que ela veio ter o passe [...]. Ela tem, mas sem acompanhante [...]. Eu quebrei minha guia por causa disso: está indo todos os dias, fechando, minha mercadoria foi caindo e agora não tenho nada. Praticamente sobrevivo mesmo pra não morrer de fome [...] Não [...] Ontem, pra falar a verdade, eu saí pra catar latinha pra ajudar na despesa dentro de casa. (Demeter mãe de Persefone).

Observa-se a questão da chefia doméstica feminina que permeia as classes populares desde o sex XIX (MACEDO, 2008). Essa sobrecarga acaba comprometendo a participação dos familiares nos espaços que lhes são disponibilizados, comprometendo a apropriação das arenas de discussão sobre políticas sociais e políticas de saúde.

Um aspecto importante que merece destaque é que as condições de trabalho das mulheres que participaram do estudo, em sua maioria, eram bastante desfavoráveis, pois como já foi discutido, inicialmente, há uma subvalorização da mão de obra feminina nos serviços domésticos remunerados.

Dessa forma, a busca pelo benefício para os usuários dos serviços de saúde mental é um aspecto que mobiliza os familiares, principalmente nesse estudo, em função das dificuldades enfrentadas financeiramente. Pois como descreve essa mãe, as despesas com alimentação são muito altas, visto que os remédios, segundo a interlocutora, aumentam o apetite.

[...] Se ficar com uma roupa assim clara... engordou que a barriga tá desse tamanho! Porque come, come muito! Só a senhora vendo! [...] Come. Come quatro pães, eu compro banana, ele come uma dúzia de banana, é laranja e quando acaba se a comida estiver pronta, ele bota um prato grande cheio e repete duas vezes. Até de madrugada faz garapa de limão com farinha pra comer. Não sei onde bota tanta comida! Diz que é do remédio, que dá gastura, aí ele come. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

O medo de perder o benefício, perder os prazos de apresentação de relatório médico, nesse caso o psiquiatra, são questões geradoras de tensão. Como se pode

observar na exposição de Gaia, pois, inclusive no CAPS o filho se envolve em conflitos com agressões físicas.

Aí do Rubin de Piinho, aquele Dr. . O Dr. Dioniso foi médico dele [...]. Ele é uma pessoa que por causa desses remédio todo que ele vem tomando, esses pesado [...]. Tanto que o Dr. Dioniso disse: “Esse rapaz aí não tem jeito mais não”. Dr. Dioniso. o médico dele daí, né. Porque eu recebo uma pensão dele [...] Agora eu tô pensando porque ele não está freqüentando aqui, mas quando chegar em abril disse que tem que pedir relatório médico a doutora, no Fórum vai pedir um relatório da doutora que diz que é pra mandar pra junta médica [...]. Tem que levar todas as receitas, eu tenho um saco lá com uma porrada de receita, que é pra levar ele, para poder [...] Dr. Dioniso. aí até já disse: “Esse rapaz não tem mais condição de trabalhar, esse ai já era”. Aí vão pedir esse negócio, só que aí eu não sei, porque ele não está vindo. Ele só vem pra buscar medicamento. Ele não é de ficar no meio dos outros doentes. Os outros doentes é mais calmo, o negócio dele é de se invocar aqui e querer bater. Um dia mesmo que ele veio aqui, se invocou e Prof.. Hercules. disse que ele queria bater num aí, aí Prof. Hercules reclamou, ele com isso se invocou e não quer vim mais. Se ele fosse desses calminhos que ficasse, como eu vejo outros aí, era uma beleza! (Gaia. 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Novamente aparece a segregação econômica das pessoas que desenvolvem agravos psíquicos. De acordo com a interlocutora é o saber médico que determina a inutilidade da pessoa, o que é a legitimação para o acesso ao benefício da previdência social. Assim, a freqüência ao serviço, a disponibilidade do contato com o psiquiatra, especialista responsável pelo relatório aceito pelos peritos da Previdência Social, as despesas com deslocamentos para aceso aos serviços, além das demais despesas e transtornos presentes nessa labuta são elementos estressores dos familiares das pessoas que sofrem psiquicamente, como fica exposto também, no depoimento abaixo:

[...] já está na época de revalidarem o passe dela, se ela [a médica] não der o comprovante para renovar o passe, ela não vai ter condição de vim. Nem pra aqui e nem pra Coutos porque é muito longe (Demeter mãe de Persefone)

Sendo assim o acesso aos benefícios se configura como algo que mantém os familiares estimulando a freqüência dos usuários ao CAPS, enquanto que sua perda pode significar um sério transtorno na vida dessas pessoas em função das dificuldades financeiras enfrentadas pela sua maioria. Em boa parte das famílias que tem acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Previdência Social, este se constitui na maior parcela ou única fonte de renda familiar, levando a uma mobilização de todos os esforços para a manutenção do referido benefício.

Dentre as estratégias de conforto e cuidado buscado pelas famílias, aparece a **religião**. Os familiares que apresentam essa busca por um suporte religioso mostram uma concepção do sofrimento psíquico relacionada a um problema espiritual, além do mais, a religião aparece como uma forma de auto-cuidado, pelo conforto experimentados nesses espaços.

Eu congrego na Igreja Batista de Itapajipe [...] porque antes também dela ter esses problemas, ela manifestava em casa aquelas coisas assim... Então eu acho que é mais também pelo lado espiritual... já fui com ela pra fazer oração em conjunto, com todo mundo, mas assim individualmente, nunca tive a oportunidade de levar não. [...] Eu levo [...] desde que ela veio aqui pela primeira vez eu sempre levei, levo toda semana. Levo na Universal que tem um culto voltado só pra isso. (Atena irmã de Medusa).

Minha menina leva ele pra Batista [...] Não! São cinco. Tive nove filhos: 5 meninas e 4 homens, mas dentro de casa com ele são seis..Ele gosta. Quando ele tá calmo assim, tomando a medicação certinha ele gosta. Tem vez que ele vai até só. Ela trabalha e aí quando ela chega ele já foi. (Hera 49 anos mãe de Ares 26 anos).

A interlocutora a seguir afirma que na igreja se sente confortada, acolhida, cuidada, vale ressaltar que a mesma não participa do grupo de família e reclama da falta de conforto no CAPS para quem tem problema de coluna.

Ah, eu levo ele pra Igreja [...] Com oração. O pastor passa um óleo, faz oração [...] Antes de eu ir pra Igreja, tudo que eu falava, eu chorava, eu me emocionava [...] eu brigava com um vizinho, ficava de mal com ele, chorava, porque eu me sentia oprimida dentro de casa e agora não [...] Eu tô, eu acho que sim. Eu acho, entendeu que a Igreja me deixou mais fortalecida. (Eco irmã de Narciso).

No relato abaixo, a irmã destaca as várias instituições religiosas que buscou, apesar de destacar a necessidade do tratamento médico, o lugar do saber científico. Ela se refere ao sofrimento psíquico como espírito obsessivo. Segundo Ártemis, toda a família acredita, e leva para suas instituições religiosas.

Tipo assim, minha tia levou para a igreja, minha irmã [...] Minha irmã levou pra Universal [...] Eu fui uma vez, mas não gostei [...]. A gente também levou ele pra uma sessão espírita [...] Aí disseram que ele estava com um obsessivo e eu acredito. Tanto que desde da primeira vez que a gente veio, eu sempre leio no meu caderno uma precezinha que é pro obsessivo. Tem que tratar o espírito e tem que tratar também a parte da ciência. Minha irmã levou um pastor e tudo, fez lá uma prece, minha outra irmã também levou, porque todo mundo o que tem de fé, vai levando. Aí eu arranjei isso aqui pra

ele/Levei também, a Igreja Messiânica [...] a única coisa pra que eu não levei foi pro candomblé, viu? Porque eu sou contra! [...] Eu não acredito no candomblé não... Mas no candomblé se a gente vai, tem que fazer as coisas, passa aquele trabalho pra gente fazer, então eu não acredito nessas coisas [...] Assim, porque a gente achava que ele estava com um obsessor, se a gente levasse pra um candomblé, claro que iam achar e aí iam dizer: "É um trabalho, fizeram um trabalho pra ele [...] (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

Às vezes não conseguem levar os usuários, mas quando conseguem, afirmam que alguns momentos gostam e em outros não aceitam. Mas para as famílias é um conforto.

Olha eu sou cristã, eu freqüento, fui batizada e tudo, chamo ele pra ir [...] Antigamente quando era pra ir pro Centro Espírita que eu era kardecista, chamava ele e ele não queria ir. Depois que eu tô agora no cristianismo, ele não quer ir! E fica dando aqueles nomes pesados, chamando o nome da pelada, lá em casa nunca teve isso, e eu repreendendo. Mas quando ele vê aqueles nomes ruim é que ele lasca, quando tá atacado. Mas fora isso ele ouve pastor falando, ele ouve no rádio. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47).

Porém, em alguns casos aparece a insatisfação com relação à abordagem de algumas religiões. Essa mãe apesar de se sentir bem na igreja, não consegue levar o filho, e não gosta quando a igreja considera o sofrimento do filho como possessão diabólica. O que poderia ser um conforto se torna um incômodo.

Manda que vá para a Universal, mas é difícil pegar ele na rua, quando ele tá em casa eu levo ele para a Universal, as vezes diz que ele é diabo, que ele tem diabo, não vou dizer que meu filho tem diabo, que diabo é mal, Ai então resultado, oro, aí ele vai para a rua, quando vejo o resultado do meu filho o resultado é triste. (Maia 60 anos mãe de Hermes 35 anos).

Já neste caso, aqui a mãe deixa claro que não gosta e que não acredita, vale observar que é uma família que não participa, não acompanha a usuária, só comparece ao Grupo Conversa sobre Saúde. Na igreja, ao invés de conforto, a mãe destaca que a filha continuou achando que tinha alguém falando mal dela, o pastor.

Ela foi pra igreja, levavam ela pra igreja [...] Qual igreja? [...] Igreja de crente. Aí quando ela chegava em casa me dizia que o pastor estava falando mal dela e que ela não ia mais. Aí parou de ir. Toda vez que ela ia, ela dizia que falavam mal dela, por sinal teve uma vez que ela disse que empurraram ela no chão e depois disseram que ela tinha caído, aí ela não

quis ir mais. Como eu também não gosto de igreja de crente [...]. (Demeter mãe de Persefone).

A religião aparece como uma estratégia de enfrentamento das dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico, dentre os itinerários terapêuticos buscados. A seguir farei uma apresentação dos itinerários pelos serviços de saúde mental, e a comparação que os familiares fazem entre a assistência aos usuários e sua participação nesses diversos serviços.

5.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A escolha da descrição dos itinerários terapêuticos teve como objetivos mapear as diferentes estratégias médicas de enfrentamento dos transtornos decorrentes do sofrimento psíquico por parte dos familiares, bem como sua participação em cada uma dessas estratégias. Um aspecto interessante que aparece durante essa fase da investigação, é a diversidade de opiniões sobre os diferentes serviços buscados. Alguns familiares enaltecem o trabalho do CAPS, outros valorizam o internamento, sendo que aparecem também críticas á falta de suporte em situações de crises, mesmo quando avaliam a proposta do CAPS, como importante para o tratamento dos usuários. Assim as interlocuções apresentadas abaixo versam sobre a *via crucis* dos familiares envolvidos com a pesquisa durante seu percurso pelos diferentes serviços de saúde mental buscados durante sua labuta com o sofrimento psíquico.

Na próxima exposição, a irmã do usuário critica os serviços de emergência e a hegemonia do saber biomédico, o enfoque no sintoma, a desumanização e a falta de comunicação com os usuários e familiares, corroborando o que Waidman (2005), afirma sobre a ausência ou dificuldade de diálogo nas instituições hospitalares de saúde mental.

Olha, eu não suportei o Mario Leal não, viu? Tinha um médico que lá que não queria atender, porque ele estava atendendo só pessoas de emergência e que tinha que acabar com isso, né? [...] Ele estava largando de manhã e não atendeu. Ele foi atendido pela médica que entrou... O outro [médico] disse que tinha que acabar com isso de ficar levando ou pro Juliano ou pra lá na emergência. (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

Crítica também a recusa em atender, sem sugestões diretas de encaminhamento. Parece que nas entrelinhas da reprodução da fala do profissional que os atendeu, há o indicativo de uma sugestão para encaminhar para outra modalidade de serviço que não seja emergência, porém sem fazer referências aos serviços substitutivos/alternativos ao asilamento.

Essa interlocutora descobriu o CAPS Adilson Peixoto Sampaio navegando na internet, apesar de já ter buscado ajuda nos dois hospitais de emergência

psiquiátrica de Salvador, nenhum os encaminhou para o CAPS de seu Distrito Sanitário.

Mas a gente não sabia de outra porta pra entrar. Aí eu descobri isso aqui [...] Nenhuma! Nenhuma! Nem pra indicar nada disso! Eles estão lá e nem olham pra gente, não olham nem pro paciente! Chegam de cabeça baixa [...] Teve um que eu falei! Eles botam uns garranchos, porque eles se acham, né? Porque ele é médico, né? [...] Falei. A gente não tem obrigação de entender não [...] passam a receita já, a injeção que é na veia, né? Ele já saiu de lá mortinho, carregado, porque minha irmã e meu irmão têm carro, aí quando chegou em casa apagou. No outro dia volta tudo de novo. (Ártemis 48 anos irmão e Apolo 44 anos).

Ela também destaca a pouca resolutividade da intervenção nos serviços de emergência, visto que logo depois que passa o efeito da medicação, as manifestações do sofrimento psíquico voltam, e novamente os familiares retomam sua labuta com os transtornos decorrentes das situações de crise. Delgado (2001) atribui a pouca colaboração desses serviços à transformação do quadro do sofrimento dos usuários à estrutura das tradicionais instituições de saúde mental, bem como a formação dos profissionais que aí trabalham.

Nessa fala a mãe de um rapaz de 35 anos, não frequenta o CAPS porque ela (60 anos) não consegue levá-lo, em função dos agravos do sofrimento psíquico, isto é comportamentos extremamente agressivos. Nesse caso, além da ênfase na causa física, a mãe dá relevância significativa ao asilamento e ao tratamento medicamentoso. De acordo com pesquisa realizada por Souza (1999) sobre representações de familiares a cerca do internamento em hospitais psiquiátricos, muitas vezes as famílias não têm alternativa, frente à situação de risco às quais ficam expostos seus doentes e os próprios familiares nas situações de crise. (Souza, 2001)

[...] internei em diversos hospitais, hoje com esse problemas do Juliano Moreira que eu to revoltada com isso, fechar não internar mais, [...] Era assim tinha... telefonava a gente ia lá e dizia, vai ter alta tal dia, venha buscar, e eles vinha dopado. [...] é quase dormindo, e trazia para casa.. O CAPS é bom assim quando a gente tem um doente obediente, eu trazia todo dia, eu ia gostar de trazer, pois assim ele comia, merendava, dançava, se distraía e 5 horas eu levava para casa [...]. Atividade porque aqui é um seguimento do Juliano Moreira desde que o Juliano fechou, ela passou aqui, mas só que aqui é muito bom [...]. Mas esse negócio ta comigo, eu to revoltada do Juliano ter fechado as portas parar os nossos doentes. (Maia 60 ano, mãe de Hermes 35 anos).

Outro aspecto que essa familiar traz é a dificuldade de lidar com a pessoa que não segue as prescrições, seja da família, seja do saber médico. A fala da interlocutora nos permite fazer uma associação com a domesticação dos corpos, realizadas pelas instituições asilares, destacado por Goffman (1992) e Foucault (2004) ao falar da medicalização da loucura, que representa uma ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e do enquadrinhamento médico. Quando o sofrimento psíquico passa a ser visto como periculosidade social, há a institucionalização da loucura, construindo-se assim as instituições asilares/manicomiais, prática destacada por alguns familiares como necessária nas situações de crises.

Além de a interlocutora fazer uma diferenciação, destacar aspectos negativos e favoráveis de cada serviço, realiza uma avaliação dos serviços sob a ótica do usuário, ela usa o espaço da entrevista para sugerir e reivindicar. (SARTI, 1996)

Porque eu mesmo já estou cansada, estou com 60 anos, para me arrebrantar toda, [...] disso o direito não é mais meu, o direito é do governo [...], isso eu não aceito, já to com 60 anos não é direito meu é direito do governo da prefeitura fazer essas pessoas ficar onde tem que [...] ficava internado um 3, 4, 5 meses. (Maia 60 anos, mãe de Hermes 35 anos).

Outra questão levantada por estudos sobre sofrimento dos familiares é a insatisfação com a imprecisão do diagnóstico, que deixa os familiares muito angustiados com as incertezas referentes à saúde mental dos usuários. Segundo Pegoraro (2006), quando eles fazem essa crítica estão apresentando seu conjunto de saberes construídos a cerca da “doença”.

Quando saia, saía gordo, bem verdade, mas a doutora, nunca conseguia adaptar a doença dele ... Queria que ela desse, assim, dizer que ele é maluco, mas dizia que ele ia melhorar dava remédio, para dormir, eu levava para casa e ele tornava fugir, isso vem de muitos e muitos anos [...]. porque aqui é um seguimento do Juliano Moreira desde que o Juliano fechou, ela passou aqui, mas só que aqui é muito bom, tem comida, tem merenda, tem atividade, mas na hora de levar esses doentes para casa não tem um carro, não tem ninguém ao nosso lado, a gente vai sozinho com esses doentes pela rua para tomar transporte, ta entendendo, é ruim. (Maia 60 anos, mãe de Hermes 35 anos).

Nesse último trecho do relato de Maia, apesar de destacar as vantagens da atuação do CAPS, ela ressalta os benefícios do tratamento no hospital (sai gordo), destacando como alguns familiares concebem o papel do serviço asilar. Aborda

também, outra dificuldade na área da saúde mental, o diagnóstico, prognóstico e tratamento, ou seja, a apreensão do sofrimento psíquico pelo saber médico.

Nesse sentido, Canguilhem (1990), destaca a dificuldade do médico em compreender a experiência vivida pelo doente em função do descompasso, tanto do saber da medicina quanto dos usuários, entre os conceitos usuais e a experiência vivida. Dicotomia que a proposta da Reforma Psiquiátrica e a sociologia da saúde, tenta superar, visto que o saber legitimado como verdade ainda está centrado na figura do médico, nesse caso o psiquiatra.

Com relação ao internamento, Souza (2001) destaca que os familiares veem no espaço hospitalar a solução para as situações de tensão, em função dos desgastes enfrentados nesse período, bem como uma proteção contra as agressões sofridas, quando o doente entra em surto. Como fica explícito nos relatos abaixo, no caso desse usuário sempre que está em crise fica agressivo, e no cotidiano sempre se envolve em conflitos, tem marcas no corpo segundo a mãe, decorrentes desses comportamentos.

Um dia quando minha mãe tava viva, ele tava sentado no quarto de minha mãe, eu deixei ele lá porque ele tava falando sozinho, ele veio de lá e me deu um murro, minha senhora, que minha cabeça ficou desse tamanho. (Gaia 64 anos mãe de Zeus, 47)

No relato abaixo, foi necessário acionar vizinhos e a polícia para retirar o filho de dois anos do colo da mãe. A entrevistada destaca a importância da emergência nesses momentos difíceis. Eles recorreram a serviços asilares, mas não conseguiram vaga. Da emergência foram encaminhadas para o ambulatório, onde além das consultas com psiquiatra, tinham outros suportes terapêuticos, e de lá foram para o CAPS.

Aí a gente amarrou as pernas dela, levamos por Caribé, deram um Diazepan a ela, aí quando ela acordou, acordou a mesma coisa. Aí tornou acordar de novo e deram outro de novo. Quando ela acordou já estava mais calma, aí deram alta e foi encaminhada pra aqui [...] pro Rubin de Pinho. Meu Deus [...] Vai fazer sete anos [...] No ambulatório [...] Lá ela tinha consulta [...] Só com psicólogo [...] Aliás, tinha. Tinha psicólogo e psiquiatra. Tinha Dra. Afrodite. e tinha um médico que acho que é Dr. Hercules [...] e várias vezes ela foi no Juliano. Mas no Juliano ela só ia mesmo pra emergência. Davam medicamento e mandavam pra casa. Uma vez ela ia ser internada, só que não tinha vaga, aí não internou. (Demeter mãe de Perséfone).

A fala de Demeter não faz referências a sua satisfação ou insatisfação com os serviços, porém em outro momento ela fala sobre seu desagrado com a falta de acolhimento de alguns técnicos quando tentava acompanhar a filha que em momento de crise ficava por longos períodos sem falar.

Eu não tenho tempo [...] tenho tanta coisa pra fazer [...] que quando ela perde a fala [...] eu queria falar e às vezes ela não deixava [...] A médica não queria me atender com ela, não queria que eu entrasse junto com ela [...]. (Demeter mãe de Persefone).

Essa falta de acolhimento pode comprometer a participação dos familiares, pois estes já se segregam como asseguram os estudos sobre família e sofrimento psíquico (MILLES, 1982; PEGORARO, 2006 E WAIDMAN, 2005).

Nas seguintes interlocuções, as irmãs dos usuários já buscaram diversas estratégias para enfrentar os problemas decorrentes do sofrimento psíquico dos irmãos, conseguindo assim, fazer a diferenciação da atenção no CAPS, no Hospital e no ambulatório:

Lá era totalmente diferente. No hospital era tomar injeção e jogar lá , de qualquer jeito, tava bom [...]
 Conversava, conversava tudo. E no hospital? quem vai sentar para conversar com ninguém. Nesse lugar ele melhorou bastante, foi que eu peguei ele, que ele saiu de alta e eu levei ele para lá para casa. Ele foi para o CAPS. Daqui não, foi lá e depois ele foi para o Rubim de Pinho [...]
 Não, foi para o ambulatório. Mas não era como aqui, era tomar remédio e casa, não é como no Caps, aqui é bem melhor atividade. Faz essas pinturas, faz tudo. Faz arte com A. no dia que está aborrecido não quer fazer nada. (Harmonia 46 anos irmã de Lasion).

Para Nunes (2008), a relação com os espaços extra-hospitalares, ou seja, a relação estabelecida com os espaços sócio-culturais mais amplos são os aspectos que marcam melhor a diferença entre os serviços asilares/manicomiais e os serviços alternativos/substitutivos que seguem os pressupostos da reforma psiquiátrica. Esse dois relatos demarcam bem tais diferenças.

[...] eu dei graças a Deus, porque eu andei viú? Porque a gente queria uma coisa que ele freqüentasse, porque toda vez que ele ficava doente a gente levava para o médico e era o Juliano ou pro Mário Leal. Só que lá não interna, né, só se ele tiver agressivo, ao contrário é só um paliativo, dão a injeção e aí vem pra casa dopado [...] e vim procurando isso aqui, até que

eu encontrei. Aí me indicaram aqui, eu trouxe ele e ele tá vindo até hoje... Não, chegava lá(no hospital) e por incrível que pareça, ele não mostrava que estava doente. A gente sabia, mas ele ficava quietinho [...] Aí chegava dizia assim: "Ele não tem nada", mas eu falava: "Não, mas ele faz em casa!", a [...] Porque isso aqui é uma porta (O CAPS) [...] esse porteiro daqui é um anjo, quando eu cheguei ele falou: "Vá ali e fale com fulana", aí eu entrei e aguardei. A mulher me atendeu assim, sabe, foi como se um anjo tivesse me guiado. Aí a mulher marcou tudinho, aí eu falei: "Graças a Deus!", porque é como eu queria! Uma coisa que ele freqüentasse e ficasse, né? [...] Aqui! Porque a gente está lidando com a ciência [...] No caso com os remédios dele, a terapia, né? (Artemis de Apolo 44 anos).

Em estudo de Souza (1999) sobre a posição dos familiares frente ao internamento, a autora faz referências ao sofrimento da família quando tinham de recorrer a esta alternativa de tratamento. Nos relatos das duas irmãs aparece a insatisfação com a internação hospitalar, sendo esse recurso utilizado somente em situações onde não há alternativas.

Outra irmã, que participou do estudo, apresenta um percurso que vai desde hospitais para internação, atendimento em emergência psiquiátrica, ambulatório tradicional, até chegar ao CAPS. Ela não participava do Grupo de Família, só do Grupo Conversa Sobre Saúde. Aqui ela descreve a lista de hospitais onde o irmão ficou internado e no relato seguinte sobre o atendimento no ambulatório, ela destaca o enfoque biomédico da intervenção. O que chama atenção é que mesmo com a proposta de atenção psicossocial que segundo Alves (1994), Amarante (2005), Strocking (2007) e Pitta (1996) busca outras alternativas de tratamento, ainda acontece uma supervalorização do saber médico e atenção psicofarmacológica. O que pode ser explicado por uma parcial apropriação por parte da sociedade da atual proposta norteadora da atenção em saúde mental, devido tempo relativamente curto de implantação dos novos serviços, principalmente no caso da Bahia.

Sobre os internamentos:

Em vários hospitais. No Juliano, no Santa Mônica, no Bahia, no Ana Néri. Em vários hospitais [...]. (Eco irmã de Narciso).

No ambulatório do Centro terapêutico Municipal Álvaro Rubin de Pinho:

Ah, chegava lá, marcava a consulta, esperava o médico, quando ele chegava atendia. O médico passava remédio e mandava pra casa [...] Era bom também, mas às vezes o médico não vinha [...].(Eco irmã de Narciso).

No CAPS:

Aqui eu gostei porque ele não tinha uma renda, aí [no CAPS] achei um médico que se responsabilizou por ele, assinou um atestado porque ele [...]. O médico, a médica era neuro também. Ele era psiquiatra e neuro. Levou pro INSS, deu entrada e ele hoje recebe dinheiro. (Eco irmã de Narciso).

A atenção à saúde mental no CAPS difere bastante do atendimento no ambulatório, onde as consultas são marcadas de seis em seis meses, e muitas vezes o psiquiatra sai da instituição e esses agendamentos não são repassados automaticamente para outro profissional, muitas vezes os usuários ficam sem atendimento durante meses. Estes aspectos foram observados durante os anos de trabalho em ambulatório de saúde mental corroborado pelo relato de algumas participantes do estudo. No CAPS, como descreve as duas primeira irmãs apresentadas, são oferecidas diversas opções terapêuticas, e o plano terapêutico é individual, construído de acordo com a necessidade do usuário, junto com este e com a família.

Essa mãe traz um relato do itinerário do filho, que passou por internamento em vários hospitais, e o filho não quer freqüentar o CAPS, afirmando que ali é lugar de *maluco*. Ela enfatiza os tratamentos submetidos e a ênfase no tratamento medicamentoso e suas conseqüências, aspecto sempre destacado por alguns usuários. Nessa pesquisa apenas dois familiares fazem referência aos efeitos colaterais dos psicofármacos.

Ele fica o tempo todo em casa. Você olha a ficha dele, começou no quarto Centro. Isso já tem muito tempo. Aquele Dr. Pelasgo, aquele doutor que era da polícia, um bocado deles aí, ele passou. Depois do quarto Centro ele veio pra esse Rubin de Pinho. Aí do Rubin de Pinho, aquele Doutor O Dr. Dioniso. foi médico dele. Tinha outros médicos depois passou pra Dr. Dioniso [...] Ele é uma pessoa que por causa desses remédios todo que ele vem tomando, esses pesado, o negócio já não sobe mais [...] Já é impotente [...]. (Gaia 64, mãe de Zeus, 47).

Nos relatos abaixo Gaia faz uma descrição das intervenções dos serviços asilares/manicomiais criticados pela Reforma Psiquiátrica, porém sem tecer críticas às práticas.

Por que diz que o Mario Leal é muito bom. Dá alimentação muito boa, dá tudo, né [...]
Naquele Bahia. também ele se internou lá acho que duas vezes. [...] No Ana Nery que fechou, se internou mais de cinco vezes. Tanto que o Dr.

Dionioso. disse: “Esse rapaz aí não tem jeito mais não”. Dr. Dionioso. o médico dele daí, né. Porque eu recebo uma pensão dele porque ele fazia um biscate com uma rapaz aí. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Novamente a alimentação aparece como algo que qualifica os serviços de saúde, aqui ela fala do hospital, mas outra interlocutora, que também enfrenta dificuldade em fazer com que o filho frequente o CAPS, destaca esse aspecto no internamento, e um dos aspectos que ela o afirma ser positivo no CAPS, é o fato de ter alimentação. É importante se observar como o benefício e a alimentação são enfatizados pelas interlocutoras da pesquisa em função das condições sócio-econômicas dos usuários da instituição pesquisada.

Diz que até no Mario Leal ele brigou lá com um, botaram ele lá amarrado [...] Mas os médicos de lá, as enfermeira são tudo boazinha [...]. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Importante aqui se perguntar por que essa mãe depois de descrever o modo como seu filho era (mal) tratado no hospital, afirma que todos lá eram bonzinhos? É possível que isso se deva ao fato de que, durante anos, a contenção dos doentes mentais, foi utilizada largamente como estratégia terapêutica dos serviços asilares/manicomiais, tão criticada pela Reforma Psiquiátrica.

E ele também ali também no Bahia [...] Ele tem a cabeça toda marcada de tomar paulada nas brigas [...] tomou até pontapé no queixo [...] é toda marcada a cabeça dele. No Hospital São Paulo um dia deram uma cacetada lá nele quando tava internado. Eu mandava os irmãos verem ele: “Vá lá vê ele”. Quando chegaram lá foi um corre-corre pra levar pro HGE, com a cabeça lascada. Eu sei que um dia cheguei lá e aqueles enfermeiro [...] Eu penso que não é enfermeiro não, é aqueles ajudantes, um pedaço de pau desse tamanho, ele tava brigando lá com outro e o enfermeiro queria separar a briga de pau [...] Tanto que quando foi agora que ele foi agora pro Mário Leal que ele foi eu pedi: “Doutora, não mande pro Hospital São Paulo. não”. Ele veio seco assim, que nem um cadáver! (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Um aspecto que merece ser destacado é que ela faz apenas uma descrição das agressões sofridas pelo filho nos hospitais, sem se remeter a busca de suporte mais humanizado para o tratamento do filho, só posteriormente que se recusa a interná-lo no mesmo hospital. O que lembra as afirmações de Waidman (2005) sobre a necessidade de atenção a família, principalmente no sentido de garantir uma maior apropriação com relação a seus direitos e dos usuários. Conforme o artigo 2º. da Lei da Reforma Psiquiátrica que faz referência aos direitos do portador transtorno mental, e a ciência que a família necessita ter sobre tais direitos.

A seguir se pode observar uma valorização do modelo de atenção oferecido pelo CAPS, ou seja, uma valorização do tipo de atendimento que sai do foco da intervenção medicamentosa para as demais atividades: conversas, atividades da vida diária (usuário esteve internado em uma clínica particular em Camaçari que trabalhava coma proposta terapêutica mais próxima da intervenção do CAPS) e das oficinas (CAPS), que qualificam outras formas de intervenção no quadro do sofrimento psíquico. Um aspecto ao qual a irmã se refere são as conseqüências dos anos de internação no desenvolvimento da pessoa que desenvolve o sofrimento psíquico; sua fala lembra as críticas que os teóricos da Reforma Psiquiátrica teciam aos serviços asilares/manicomiais (AMARANTE, 2003 e STROCKINGER, 2007).

Se fosse como hoje em dia ele não estaria assim. Ficou muito tempo internado [...] Teve um bocado de internação, nem conto só ficava um mês em casa o resto tudo internado. Desde de uns 5 anos que apareceu o CAPS, graças a Deus, não ficou mais internado [...] Minha mãe, como assim? ela [...] Morreu, de hoje [...], tem muitos anos. Ela não alcançou o trabalho do CAPS, quem dera [...]. (Harmonia 46 anos irmã de Lasion 49 anos).

Acima a familiar enfatiza as vantagens do CAPS em detrimento da intervenção nos antigos hospitais psiquiátricos, destacando a reincidência do agravamento do sofrimento psíquico na época dos internamentos, e os avanços, inclusive em termos de socialização do usuário após o CAPS: *A qualquer hora que chamar, ele bota a mochila nas costa e vai para a ilha.* Um dos sinais da doença do usuário era o isolamento e a introspecção, segundo a irmã. Corroborando o que ela fala sobre a intervenção que considera adequada, Gentil Filho (2005, p.2) afirma:

Quando se detecta precocemente uma doença, é possível intervir de forma eficaz e impedir que ela cause mais problemas e sofrimento. Os mais favorecidos no Brasil podem ter prevenção secundária: quando detectam algum problema ligam para o médico, que indica um serviço psiquiátrico qualquer e intervém precocemente. Apesar disso, leva-se muitos anos para chegar ao diagnóstico definitivo, porque existe um grau de incompetência no sistema. De qualquer forma, cada vez que alguém começa a entrar em fase ou em surto, há intervenção precoce, a pessoa não chega a ser internada.

No próximo relato, a mãe reconhece que um suporte terapêutico alternativo, além do medicamentoso, é importante para os filhos, porém não consegue levá-los para as oficinas terapêuticas, em função da sua labuta para sustentá-los e cuidar deles, o

que dificulta sua participação nas atividades disponibilizadas aos familiares, bem como no acompanhamento aos filhos na adesão às propostas terapêuticas da instituição. Mora distante, com muitas ruas para atravessar, não se sente segura de mandar os filhos sozinhos.

[...] ela falou que essa bactéria se não tratasse eles podiam ficar com problema de loucura, de depressão. Foi com 13 anos [...] é [...] na garganta ai começou a botar pus... quando foi com 15 ano ela entrou numa depressão muitchu profunda, levei ela na otorrino ai falou ela ta em depressão muito profunda, vai ter que internar, botar no soro porque ela não se alimentava, ficava na cama. Depois da depressão veio a infecção, infecção intestinal [...] Levei logo no médico, levei logo no Mário Leal e [...] ela ficou internada lá [...] Ele mandou procurar aqui o CAPS, me encaminhou pra lá. O Minos levou um mês também internado [...] você estava aprendendo as coisas [no CAPS], aprendendo um bocadinho de coisa lá (Europa mãe de Semele 23 anos e Minos 28 anos).

O que se observa é que a mãe ressalta a aprendizagem do filho nas oficinas do CAPS como algo importante. Porém destaca constantemente, durante a entrevista, o papel da medicação como atenuante dos transtornos decorrentes do sofrimento psíquico. Não se pode perder de vista que os psicofármacos são aliados significativos dos familiares nas situações de crises quando os transtornos decorrentes do sofrimento psíquico se agravam. Pegoraro (2005) destaca o papel da medicação nesses quadros e o aumento do uso dos psicofármacos entre os familiares.

O interessante do relato abaixo é que embora a mãe considere importante a frequência do usuário nas atividades do CAPS, o mesmo só vai buscar medicamento. Seu comportamento agressivo, como foi descrito em outros relatos de Gaia, compromete suas interações no CAPS, levando o usuário a se recusar a aderir às propostas terapêuticas da instituição.

Olha, aqui eu gostei muito! Pelo meu gosto ele tava aqui, [...] “rumbora, vai eu e você, eu vou com você e fico lá com você até a hora de lhe trazer de volta”, “Não vou não. Não vou lá não que lá só tem maluco!”... Aí ele fica na pirraça, mas vai indo, vai indo e aí ele chega: “Vambora!”, “Então vá tomar banho que você está todo encardido, com as pernas cheia de lodo” [...] Aqui todo mundo me trata bem. As moças daqui todas me tratam bem, a doutora também [...].(Gaia 60 anos mãe de Zeus 47 anos).

Novamente aparece o benefício como uma preocupação constante das famílias. O fato de o CAPS viabilizar acesso ao benefício, faz com que as famílias valorizem seus serviços. No relato abaixo inclusive, Eco, não faz críticas aos serviços asilares, afirma que todos eram bons. Vale ressaltar que durante a entrevista, a mesma demonstrava muito cansaço físico e incômodo com as acomodações do CAPS, o que pode ter interferido no sentido de adiantar o término da entrevista, mesmo quando eu tentava aprofundar alguns aspectos.

Levou pro INSS, deu entrada e ele hoje recebe dinheiro..Menina, todos eles era bom, não posso falar nada não. Só que o daí da Barroquinha, né, que é o Hospital São Paulo, ele fugia. Ela era que internava ele pra ver se descansava mais a gente e a ele também, né? (Eco irmã de Narciso).

O CAPS é valorizado como uma instituição que viabiliza o acesso aos benefícios da Previdência Social. O que significativamente importante para a população pesquisada em função da situação de pobreza em que vivem. Como afirma Milles (1982), a família em que uma pessoa desenvolve uma doença mental, enfrenta uma série de dificuldades, dentre elas, dividir o tempo entre o cuidado com a pessoa e garantir o suporte econômico, principalmente no caso das famílias em que o doente garantia o sustento da casa, ou garantirá através do Benefício de Prestação Continuada.

[...] o problema dele que ele fica pior, é que ele não tem uma renda, ele fica sustentado. Meu irmão mesmo faz mercado, o que eu posso ajudar, eu tiro das minhas compras de casa e levo. Minha irmã aí de baixo, quando as coisas acabam, ela faz a comida e fica levando pra ele. Dele não tem uma renda pra ele. É tudo dividido, sabe, água, luz, tudo é a gente que paga. Então ele fica nessa dependência [...] É, são 14. Então ele fica nessa dependência, se ele tá precisando de alguma coisa, aí ele não tem o dinheiro. Se ele está bem mesmo, meu irmão dá o dinheiro a ele e ele faz o mercado. (Ártemis irmã de Apolo).

Nesse sentido, Carvalho (2003) destaca a família e os arranjos que faz para suprir tais necessidades.

Com base nesses primeiros estudos, foram cunhadas e vêm sendo utilizadas as expressões “estratégias familiares” ou “estratégias de sobrevivência”, que procuram dar conta de um conjunto de práticas de trabalho, não trabalho, consumo e reivindicações. Por meio dessas práticas, rendas seriam obtidas e reunidas em um orçamento comum e dispendidas segundo critérios estabelecidos no âmbito da unidade familiar, com o objetivo de atender da melhor forma possível às necessidades de seus diversos membros. (p.111)

Quando apresento o trabalho da autora e o relato da interlocutora, tento possibilitar a visualização desses arranjos no cotidiano das famílias em que um membro

desenvolve um sofrimento psíquico, e não consegue o benefício da previdência social. As dificuldades financeiras acabam comprometendo o cuidado da família e do usuário, que às vezes, não pode ter acesso aos suportes terapêuticos e sociais disponibilizados na rede pública.

5.3.1 Participação Familiar

Com relação ao itinerário terapêutico e participação familiar, fica claro que nas instituições asilares/manicomiais que a participação da família se restringia aos dias de visita para obter notícias sobre o quadro geral do interno. Não havia uma atividade que permitisse uma participação mais efetiva família, muito menos espaços para sugestões, críticas e/ou reivindicações.

Eles ia internava e a gente ia visitar, só isso, [...] horário da visita, só isso você sabe como é. No Hospital também... não, só visita as vezes perguntava alguma coisa, assim, quer dizer a gente perguntava o médico, nem sempre a gente pergunta, quem mais pergunta é a gente eles não fala nada principalmente quando chega com as crise forte. (Harmonia 46 anos irmã de Lasion).

Nos dias de reunião era permitido conversar com a assistente social para ter notícias da pessoa internada.

Não tinha atividade, a gente não fazia nada, só era no dia da reunião, falar com a ASS. Social, era só saber como tava o doente, só isso. (Maia 60 anos mãe de Herme 35 anos).

Outro aspecto destaca é a falta de confiança no médico, porém sem um emponderamento para questioná-lo. Aspecto já discutido anteriormente numa fala da interlocutora abaixo.

Atividade que tinha era assim reunião...A reunião era pra gente falar sobre o paciente. Aquele Hospital São Paulo, parecia até que o médico era mais maluco que o paciente com a gente [Risos]. Ele ficava escrevendo lá no quadro e nem dava importância ao que a gente tava falando. Eu dizia: "Doutor, esse internamento dele, deixe ele aí, porque tem pouco tempo que ele está aqui e ele não está bom". E quando eu dei as costas ele já estava em casa! (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

Nesses relatos verifica-se a pouca participação das famílias nos serviços asilares. Segundo estudo realizado por Waidman (2005), nestas instituições o diálogo com os usuários e familiares dos serviços de saúde mental não é considerado importante no processo terapêutico. Quando acontecia era no intuito de conseguir autorização para utilização de determinadas técnicas como medicação e contenção. E, quando a equipe dos serviços asilares considerava importante alegavam não ter tempo para tal. Dessa forma a autora afirma:

Em relação à comunicação da equipe multidisciplinar com o portador de transtorno mental e sua família, numa investigação de uma instituição psiquiátrica fechada e de grande porte, estudiosos verificaram que os profissionais atribuem grande importância à comunicação com os familiares de portadores de transtornos mentais; no entanto, revelam que essa comunicação é quase impossível, pela falta de tempo para fazê-la. (p.345)

O atendimento às famílias em hospitais psiquiátricos tradicionais muitas vezes a coloca à margem do tratamento e os limites de sua participação são claramente delimitados pelos profissionais e pelas normas da instituição.¹¹ "[...] Na melhor das hipóteses, são realizadas entrevistas ou reuniões com familiares, que muitas vezes têm o objetivo de colher informações complementares ou mesmo mais fidedignas sobre o próprio doente, pois este é tido como tendo limites para fornecê-las (p.346)

Com relação à participação familiar, muitas vezes, esta é confundida com o acompanhamento do paciente na unidade para garantir seu deslocamento com segurança, o que é diferente de uma participação nos espaços que são disponibilizados para tal, enquanto sociedade civil organizada, ou como usuários dos serviços.

Eu acho que é importante [frequentar o CAPS], mas eles não querem ir não pode pegar a força para levar. Mas elas não podem ficar dentro de casa nessa situação, nem ela nem ele, ficar deitado ai para que? [...] Eu sou podia acompanhar se ele me obedecesse, mas chega lá e eles não querem ficar. Já acostumou ficar em casa [...]. Deveria ir todo dia pela manhã para me descansar. (Europa mãe de Semele 23 anos e Minos 28 anos).

A entrevistada fala sobre a participação dos filhos e a da família. Pelo relato, esta participação seria o acompanhamento até a unidade. Inclusive durante a entrevista ela relata que não deixa a filha ficar o dia todo no CAPS por causa dos problemas intestinais, em função disso necessita de cuidados diferenciados e a alimentação no CAPS é muito gordurosa. Porém nenhum dos dois filhos quer frequentar a

instituição, apesar de a mãe necessitar de um suporte, pois cuida e sustenta os dois sozinha, com eles em casa, não consegue sair para vender confecções, não se sente segura de deixá-los sozinhos. Nesse caso a técnica de referência foi fazer uma visita domiciliar para verificar o motivo da baixa frequência dos usuários. Porém nas conversas durante o percurso da visita, verifiquei certa desconfiança da técnica com relação às justificativas da mãe no que se refere à ausência dos filhos. Chamo atenção para as dificuldades listadas pela genitora e observadas durante a entrevista na casa dos usuários.

É importante comparar o relato abaixo com os que se seguem, Eco afirma que a participação familiar nos hospitais era como no CAPS. Essa avaliação é divergente de outros relatos sobre o tipo de participação e atenção aos familiares nas duas instituições. Pois o que é destacado é a forma como o CAPS viabiliza a comunicação tanto no Grupo de Família, quanto no Conversa Sobre Saúde. O que diferencia da atenção à família tanto nas emergências, quanto no internamento em hospitais.

Aqui a interlocutora não distingue neste aspecto a experiência nas diferentes instituições.

Só reunião [...] Era como aqui. Procurava saber como ele era dentro de casa, como era o comportamento dele, o dia da alta dele [...] É [...] fazia as perguntas pra gente e cada qual dava sua opinião [...] Era assim, dia de domingo a gente ia pra visitar, fazer visita e dia de quinta-feira, a gente ia pra reunião. (Eco irmã de Narciso).

Outras interlocutoras têm uma perspectiva distinta da anterior com relação à participação da família no CAPS. Elas enfatizam o papel da comunicação como uma alternativa para orientar a vida cotidiana com problemas decorrentes do sofrimento psíquico em casa, em outros espaços e também para auxiliar os profissionais da instituição na construção dos projetos terapêuticos. Esse aspecto é também ressaltado por Waidman (2005).

A gente tem que tá aqui porque tem que falar para os técnicos, comunicar o que o que está fazendo em casa, que ele possam ajudar a gente em alguma coisa, e alguma coisa que tiver fazendo de **anormal** [...], principalmente o técnico de referência e aí possa ajudar a gente, é bom também estar aqui no CAPS [...] aumenta mais a força da gente

né...qualquer coisa eu comunico com ele, e ele conversa com ele sobre o que ta acontecendo, ele tem [...] que é melhor ta aqui, eu to aqui direto. [...] É ótimo. Agora com a consulta melhorou bastante eu gostei, porque ai a gente, ele ta de junto da gente conversa, eles está de junto da gente, o psicólogo está junto da gente, a gente esclarece tudo, de remédio de tudo. (Harmonia 46 anos irmã de Lasion).

A participação familiar no Grupo de Família é considerada como uma forma de construir saberes sobre o modo de enfrentar os diversos transtornos decorrentes do sofrimento psíquico.

Eu gosto. Eu acho muito importante, porque a gente houve os depoimentos, alguma coisa aí que a gente não sabe pra distinguir, avaliar cada tipo de pessoa assim, o que é [...] assim, na discussão de família mesmo cada um tem um tipo assim com o comportamento diferente [...] Desde que eu não esteja trabalhando ou fazendo alguma coisa na rua, não. Eu sempre venho, gosto de participar, principalmente do dia de hoje que cada um dá sua palavra. Paula mesmo já trouxe folhetos mostrando o dia-a-dia da gente labutando com essas pessoas [...]. (Atena 56 anos irmã de Medusa).

Participação como espaço de construção de vínculos com outros familiares, de ampliação da rede de solidariedade.

É bom, é importante [...] Porque a gente fica sabendo das coisas, fica informando das coisas que tá acontecendo. É ótimo aí essa reunião pra gente conversar, pra gente se entender melhor um com o outro. (Gaia 64 mãe de Zeus 47 anos).

É bom [...] sei lá! A gente fica sabendo dos problemas de cada qual e como vai poder ajudar. É bom.(Eco irmã de Narciso)

Além de construir saberes, o Grupo de Família aparece como um espaço de solidariedade, de afinar vínculos com os técnicos da instituição para pedir ajuda nas situações difíceis, de entender qual é a proposta do CAPS e sua diferença com as demais modalidades de serviços de atenção à saúde mental. No caso do técnico de referência, ele é responsável por um quantitativo de usuários, e qualquer necessidade destes ou da família, deve se remeter a esse técnico, no caso de baixa frequências dos usuários, eles fazem visitas aos domicílios para verificarem o que está acontecendo, em função do quadro restrito de recursos humanos e infraestrutura, nem sempre conseguem abranger todos os usuários.

Aqui eu me sinto à vontade! Eu me sinto como se tivesse na minha casa. [...] Eu falo [...] Eu não tenho obrigação de saber, mas o que eu sinto eu vou falando, eu falo o que tá dentro de mim [...] pedi pra ela ligar pra cá e falar com Paula, ou com João [...] pra ligarem pra mim. [...] Aí eu expliquei tudo o que tava acontecendo [...] com meu irmão, que tinha voltado tudo de novo, [...] Em vez de levarem pra emergência, não, aí suspenderam o remédio, aí ele começou a falar bobagem. [...] porque fica assim meus irmão, nem todos acreditam, não vêm aqui e não sabem o que é isso. Quem frequenta isso aqui sou só eu, quando eles vêm lá é só a receita, então pra eles tá medicado, entendeu? Aí perguntam assim: “Qual que é dia de médico?”. Aí eu digo: “Não, não tem dia de médico não. A gente frequenta lá. Eu que vou saber, porque se estou lá, eu estou vendo, se precisa, aí marca”. Aí eu sei que eu vim conversei com Paula na quarta-feira, contei tudo como estava acontecendo, aí na segunda-feira eu já vim com ele. (Artemis. 48 anos irmã de Apolo 44 anos).

Novamente apresentarei a apropriação pelos familiares do espaço Grupo de família, como um espaço de **auto-cuidado** e de diálogo que os auxilia na lida cotidiana com o sofrimento psíquico de seus filhos, filhas, irmãos e irmãs. No tópico sobre a *labuta* foram realçadas as dificuldades para participar. O trabalho com essas pessoas acaba provocando cansaço, fragilidade emocional e colocando os familiares em contato com sua solidão nesse processo. Pois como já foi discutido na descrição das famílias envolvidas no estudo, além de predominar famílias de classes populares que vivem de sub-empregos, as cuidadoras contam sempre com mais de três jornadas de trabalho: cuida da casa, da família, da pessoa que apresenta os sinais do sofrimento psíquico e trabalho fora.

Eu aprendo como essa fisioterapia aí que L. faz, né, isso é muito bom, relaxa mais. (Hera 49 anos mãe de Ares 26 anos).

E eu mesmo quando tenho alguma dificuldade converso tudo falo e me desabafo e saio daqui tranqüila [...] Se não fosse o CAPS não sei o que seria de mim, até mesmo eu, quando estou agoniada venho para e me sinto bem melhor. Mudo logo, já volto para casa tranqüila (Harmonia irmã de Lasion).

O cotidiano trabalhoso com o ser humano que desenvolve o sofrimento psíquico leva os familiares, muitas vezes, a se esquecerem de buscar alternativas de lazer, cuidado com a estética e com sua própria saúde. Aspectos que apareciam constantemente durante o período de observação do grupo de família. Nesse sentido afirma Pitta (1996, p.39):

Sabemos de antemão que todos os saberes que conseguirmos acumular sobre um fato em especial, serão sempre uma construção imperfeita,

inacabada apesar disso, estes saberes apontam entretanto para um esforço de natureza ética, que nos faça suplantar os nossos narcisismos "nesses tempos sombrios" para buscar encontrar o homem, sujeito/objeto dos nossos cuidados. Homem esse que é, a um só tempo, genérico e singular. Genérico quando o definimos como pertencente à espécie humana, com suas características de ser bípede, usar pensamento, linguagem, etc, e, carregar consigo o formato inteiro de humanidade, como bem disse Montaigne. Entretanto, esse homem genérico é também um ser concreto: homem ou mulher; médico ou operário; brasileiro ou japonês; nordestino ou europeu. Ou seja, o homem genérico, abstrato, existe enquanto representação intelectual; o homem concreto, singular é o que demanda cuidados, que está exposto aos riscos e é capaz de sofrer e produzir sofrimentos de um modo particular.

Nesse relato de uma mãe fica claro o transtorno provocado na família pelo comportamento do filho, inclusive ela frequenta o Grupo de Família, mas seu filho não vai ao CAPS:

Eu tenho mais dois, mas não moram comigo. Por causa dessa confusão lá dentro de casa, eles saíram e cada um alugou sua casa. Eles vêm me ver, quando eu preciso de qualquer coisa telefone pra eles. Um deles quer que eu vá morar com ele, mas eu não vou porque eu já estou acostumada na minha casa e também eu não vou deixar ele sozinho na rua. É o meu filho que eu tive, minha mãe tomou pra registrar, mas é sangue! É meu filho e eu não vou deixar abandonado. [...] No dia que é pra chamar pra ir pro médico, meu Deus, é uma consumição! Esse problema dele tá até no Fórum, tá na justiça. (Gaia 64 anos mãe de Zeus 47 anos).

O que se observa é que focar o cuidado apenas na pessoa que apresenta o sintoma da doença mental, não acontece apenas na família, mas também em alguns serviços de saúde mental como apontam alguns estudos já referidos nesse trabalho. (WAIDMAN, 2005 E FERRER, 2007).

A participação nas atividades disponibilizadas no CAPS serve como estratégias de construção de saberes para o cuidado como "doente" e para o auto-cuidado.

É bom a gente participar porque nois vai aprendendo como lidar com um filho doente em casa, outros têm um marido doente, outros é um irmão, e assim nois vai, né? Então a gente vendo é melhor para nós, a gente vai sabendo como é que cuida, né dos nossos [...], e também como nois sabe conviver com a saúde..Também a gente aprende a cuidar melhor da nossa [...] Além de aprender a cuidar dele, aprender a cuidar da gente também..Olha, eu venho mais mesmo pra essa Reunião da Família. Não venho nas outras porque não tenho tempo. Eu gostaria muito de ter, mas não tenho [...] Eu gostaria de vim dia de terça pela manhã que eu não posso mesmo. (Hera 49 anos mãe de Ares. 26 anos).

Espaço para compartilhar dores e sofrimentos, e a função terapêutica das trocas, do diálogo como o grupo que ameniza o sentimento de solidão na labuta com os agravos do sofrimento psíquico.

Eu participar mesmo... venho para o grupo de família [...] O estresse, outro dia ela me deu um folheto das coisas que surgem na gente assim e eu vi que tava quase tudo lá. Isso aí é bom, esclarece, porque você às vezes está passando por um problema e nem sabe por que, se é uma coisa normal ou não [...] E eu vi que estresse dá dor no pescoço, dor aqui, dor acolá. (Atena 56 anos irmã de Medusa).

A dificuldade decorrente do estresse resultante do cuidado com o *doente*, o que acaba adoecendo a família, principalmente os membros que assumem esse cuidado, também apareceu durante a observação do Grupo de Família. Como o estudo mesclou pessoas que participam do grupo e outras que participavam de outras atividades, não apareceram tanto nos relatos. Porém quando se referem às dificuldades na *labuta* com seus “doentes” essa necessidade da atenção e cuidado aos familiares é algo recorrente nas entrevistas e nas observações.

E eu mesmo quando tenho alguma dificuldade converso tudo falo e me desabafo e saio daqui tranqüila. Sempre desde quando existiu o CAPS [...] Se não fosse o CAPS não sei o que seria de mim, até mesmo eu, quando estou agoniada venho para e me sinto bem melhor. Mudo logo, já volto para casa tranqüila (Harmonia 46 irmã de Lasion).

Nos relatos apresentados abaixo os familiares destacam a importância dos usuários e familiares se articularem para **reivindicar** direitos, aspecto destacado por Souza (2001), quando fala da expansão dos movimentos de associações de usuários e familiares. No caso da Bahia, essas associações surgiram há uns três anos, enquanto em outros estados como o Rio de Janeiro, já existem há mais tempo.

Eu acho que [...] se eu tivesse tempo eu vinha aqui pra lutar por muitas coisas que a gente deveria ter direito e que não tem. Porque eu acho muita coisa errada o deficiente mental não tem direito a nada! Como ela disse, que nem a um passe não tem. Como é que a pessoas que às vezes não tem nem o que comer vai pagar uma passagem pra vim pra cá? Então, eu se pudesse estava vindo sempre pra estar discutindo essa questão. Medicamento não tem [...] Agora mesmo () [Alguém gritando muito atrapalhou a audição] quarenta reais e não achei onde comprar, então passo necessidade. Ele quando sai quer merenda, e a gente não podem dar. Eu acho, como já foi discutido, que todo mundo que faz tratamento deveria ter o passe também pro acompanhante. Às vezes eu ia pro Juliano

mesmo e só de passagem eu gastava 10 reais. O dinheiro que eu arrecadava, eu gastava todo em transporte. (Demeter. mãe de Persefone).

Abaixo a interlocutora questiona o fechamento dos hospitais psiquiátricos sem a devida estruturação da rede de assistência para situações de crises ou para usuários com quadros mais graves, que oferecem resistência para aderir às propostas dos serviços substitutivos/alternativos. Visto que nenhum dos serviços implantados em Salvador disponibiliza de estratégias e infra-estrutura para prestar esse tipo de suporte terapêutico.

É muito importante, [a participação] porque nem o prefeito nem o governador sabe o que a gente passa com esses doentes para fechar o Juliano Moreira [...]
[Vcs trazem essa queixa para aqui?] Quase ninguém quer saber, eles querem atividade aqui e não a do J. M. Mas esse negócio tá comigo, eu tô revoltado do Juliano ter fechado as portas para os nossos doentes [...]. (Maia 60 anos mãe de Hermes 35 anos)

Strockinger (2007) quando fala das colônias agrícolas, estratégias desenvolvidas por Juliano Moreira para prestar assistência, também, aos familiares, afirma que essas tinham como um dos objetivos reduzir os custos do estado. De certa forma, Maia, nos seus protestos, reivindica um posicionamento do Estado, com relação ao suporte às pessoas que não aderem à proposta do CAPS, e que necessitam de atenção a sua saúde mental. Nesse sentido, Gentil (2005) critica o desmontamento da rede hospitalar e ambulatorial sem uma estruturação adequada da rede alternativa. Assim verificamos que a apropriação do espaço do Grupo de Família e das entrevistas foram um meio de manifestação de protesto contra a desassistência decorrente do fechamento desarticulado dos hospitais psiquiátricos. Como destaca Sarti (1996), os interlocutores acabam identificando o pesquisador como alguém a quem ele pode direcionar suas reivindicações.

No caso da Bahia, a implantação da rede de serviços alternativos/substitutivos, ainda este em processo de implantação, não conta com CAPS III, nem ala psiquiátrica em Hospital Geral, suportes para situações de crise. Com relação a política de Saúde Mental, é utilizada a nacional, o município de Salvador também não tem sua política, o que dificulta a implantação dos serviços com infra-estrutura e quadro de pessoal adequado, aspectos destacados no capítulo sobre políticas de saúde mental. Logo, observam-se certos avanços com relação à atenção em saúde mental no estado,

mas ainda distante da proposta de Lei da Reforma Psiquiátrica. No que se refere a atenção à família, e apropriação desta dos espaços de discussão política, ainda estamos andando em passos lentos, conforme verificado no presente estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da conclusão dessa pesquisa foi possível encontrar respostas para algumas das questões que orientaram esse estudo, bem como verificar o surgimento de outros questionamentos referentes ao tema que pode servir como norteadoras de outros trabalhos. Assim, essa pesquisa foi guiada pelas seguintes questões: *como se organizam as famílias onde eclode o sofrimento psíquico de um de seus membros? Os serviços públicos de saúde mental disponibilizam algum suporte para as famílias? Como usuários e familiares se apropriam desses suportes? Como tem acontecido a efetiva participação dos familiares e usuários do CAPS Adilson Peixoto Sampaio nos serviços oferecidos por esta unidade de saúde mental?*

Diante dessas questões, o presente trabalho teve os seguintes objetivos: a) investigar quais concepções e práticas dos familiares de usuários do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial - Adilson Peixoto Sampaio com relação a sua participação na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico desenvolvido por seus familiares usuários desse serviço de saúde mental; b) identificar os itinerários terapêuticos dos usuários do CAPS Adilson Peixoto Sampaio e a participação familiar em cada modalidade de serviço de saúde mental experimentadas por estes usuários na sua lida com o transtorno mental, pois tínhamos como pressuposto que até chegar ao CAPS estas pessoas buscam diversos suportes, igrejas evangélicas, católicas, candomblé, centro espírita e internamento em serviços asilares/manicomiais; c) discutir formas de participação, acompanhamento, reivindicação, pois os interlocutores da pesquisa atribuem diferentes sentidos às suas práticas relacionadas aos referidos processos; e d) compreender como se dá a participação dos familiares na construção das estratégias de enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico e a adesão às propostas terapêuticas do CAPS.

Através do mapeamento da identificação das primeiras manifestações do sofrimento psíquico pelos familiares e de seus itinerários terapêuticos na labuta com os transtornos decorrentes dessa identificação, foi possível verificar alguns aspectos referentes aos objetivos traçados. Esse processo foi viabilizado pela associação de

observação participante, diálogos informais com profissionais e entrevista com grupo de familiares escolhido de acordo com critérios descritos na metodologia.

Dentre as famílias que participaram da pesquisa predominaram as de classe popular trabalhadora, com modelos bem heterogêneos: famílias extensas, cinco com chefias femininas e cinco com chefias masculinas, que passaram por mais de uma união conjugal. Sendo que cinco mulheres já estavam na segunda ou terceira união, quatro permaneciam na primeira e uma das irmãs não era casada. Com relação à situação de trabalho, havia várias pessoas desempregadas, com vínculos temporários e/ou informal.

A irrupção do transtorno mental repercutiu nessas famílias de forma desagregadora, pois, os cuidados com a pessoa que vivenciava o sofrimento psíquico acabavam sobrecarregando as mulheres da família. Estas, na sua maioria, eram responsáveis também pelo cuidado com a casa e ainda trabalhavam fora para manter ou ajudar a manter a família. Foram encontrados vários arranjos para suprir as dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias e/ou pela pessoa “doente”. Desde as situações em que os familiares com condição financeira mais favorável contribuíam financeiramente para que um membro da família estivesse desempregado assumisse o cuidado com o usuário do CAPS, outros casos nos quais todos colaboravam e até a completa omissão da família com relação ao usuário, recaindo a responsabilidade em apenas uma pessoa. Nesse sentido, os dados destacam um aspecto discutido por Carvalho (2003) quando fala sobre os vínculos de responsabilidade e solidariedade estabelecidos pelas famílias em situações difíceis, e Milles (1982) quando aborda a repercussão do transtorno psíquico na organização econômica da família.

Com relação à identificação dos primeiros sinais do sofrimento psíquico de seus familiares, foi verificado desde manifestações consideradas completamente destoantes do padrão de comportamento considerado normal, até situações em que os sinais foram considerados como características naturais das pessoas. Sendo que na primeira situação foi logo procurado apoio, que implicou em itinerários terapêuticos que iam desde suporte em serviços de saúde mental da modalidade asilar/manicomial, emergências e serviços alternativos/substitutivos até estratégias

religiosas. Já no segundo caso, as famílias protelaram a busca de ajuda, o que, juntamente com os anos de internamento, segundo alguns interlocutores comprometeu a recuperação do usuário, aspectos corroborados pelos os pressupostos da Reforma Psiquiátrica segundo Strockinger (2007), Tenório (2002), Amarante (2003) dentre outros autores, quando se referem aos efeitos deletérios do asilamento.

Com relação aos itinerários terapêutico os interlocutores da pesquisa o estabeleceram comparações entre os serviços asilares e o CAPS, destacando o tipo de assistência recebida e os vínculos que estabelecem neste. Outro aspecto destacado as atividades voltadas para o lazer, para a socialização, bem como a viabilização ao Benefício de Prestação Continuada da Previdência Social e a alimentação. A qualidade dos vínculos estabelecidos no CAPS também foram destacada por Nunes (2008) como indicativos de avanços decorrentes da proposta de trabalho diferente das tradicionais unidades de saúde mental.

Entretanto, alguns interlocutores destacaram as vantagens do internamento, principalmente nos momento de crise e nos casos de usuários com quadro grave de sofrimento psíquico. O que é justificado pelo transtorno provocado no cotidiano das famílias nas situações de surto de um modo geral, merecendo destaque os casos de comportamentos agressivos persistentes, o que acentua a sobrecarga e o sofrimento familiar.

Tais contradições apresentadas pelos interlocutores podem ser explicadas pelo tempo necessário à sociedade para apropriação de pressupostos como os que norteiam a proposta terapêutica dos serviços alternativos/substitutivos, em detrimento dos anos de hegemonia do modelo biomédico de intervenção em saúde mental.

No que se refere à participação familiar, dentre as interlocutoras da pesquisa sete freqüentavam o Grupo de Família, e três somente o Grupo Conversa sobre Saúde. Dentre aquelas que faziam parte do Grupo de Família, dois filhos não aderiram à proposta terapêutica do CAPS em função de dificuldades diversas, desde conflitos nas relações com outros usuários do CAPS até as relacionadas ao deslocamento à

unidade de saúde. Entre as freqüentadoras do Grupo Conversa sobre Saúde, dois filhos de uma mesma interlocutora também não aderiram por motivos semelhantes aos já descritos anteriormente. Porém esses dados não dão subsídios para se apontar alguma relação entre a participação familiar e adesão às propostas terapêuticas, visto que essa relação é de tamanha complexidade que não pode ser explicada apenas por estes dados apresentados. Inclusive, duas mães que freqüentavam com certa assiduidade o Grupo de Família apresentava como queixa a dificuldade de fazer seus filhos freqüentasse as atividades do CAPS, e o fato de nunca ter recebido visita da equipe da instituição. Porém, em diálogo informal com os profissionais responsáveis pelo Grupo de Família, eles afirmam que há uma melhor adesão por parte de usuários que as famílias participam das atividades do CAPS.

Quanto aos suportes disponibilizados à família pelos serviços de saúde mental, dentre as estratégias utilizadas no enfrentamento dos problemas decorrentes do sofrimento psíquico dos usuários e familiares, apenas o CAPS oferecia tal suporte. Na oficina Grupo de Família eram realizadas atividades direcionadas tanto para orientações sobre como conduzir a rotina do usuário em sua residência e em outros espaços até trabalhos buscando cuidar e discutir o auto-cuidado para a própria família.

Com relação às concepções e práticas dos familiares sobre participação dos familiares nos espaços disponibilizados no CAPS Adilson Peixoto Sampaio, verificou-se que apesar dos entrevistados considerarem como importante, na prática não acontece de forma efetiva. Pois de uma média de 250 usuários inscritos, apenas um quantitativo que oscila entre 10 a 12 familiares participava semanalmente do Grupo de Família, enquanto 32 a 48 participavam semanalmente do Grupo Conversa sobre Saúde. No caso do Espaço Coletivo, disponibilizado para discutir aspectos relacionados a direitos dos familiares e usuários, a participação é ainda menos significativa.

No que diz respeito à justificativa por não participarem dessas atividades há vários fatores que interferem, desde dificuldades financeiras que impossibilitam o deslocamento para a unidade de saúde, o fato das atividades serem realizadas em

horário que chocam com o trabalho dos familiares, o desgaste da labuta com a pessoa “doente” até a valorização de outras alternativas de suporte. Relacionados a este último fato aparecem as estratégias religiosas, foco no tratamento medicamentoso e a busca por orientações sobre como conseguir o benefício da Previdência Social para os usuários. Daí uma freqüência maior no Grupo Conversa sobre Saúde que possibilita a aquisição de medicação e acesso à relatórios para o benefício da Previdência Social, em detrimento do Grupo de Família, que discute estratégias de cuidados ao usuário e aos familiares. E no caso da Oficina Espaço Coletivo que é aberta às discussões sobre direitos dos usuários, a freqüência é baixíssima. Podemos associar a valorização de outras estratégias pelo fato do trabalho do CAPS ser algo relativamente novo e como afirma Nunes (2008), tanto as dificuldades na implantação do serviços quanto ao desenvolvimento do projeto terapêutico, como a transformação nas concepções sobre a intervenção em saúde mental são processos que demandam tempo. (PITTA, 1996).

Com relação à participação familiar nos hospitais psiquiátricos, serviços asilares/manicomiais, os relatos foram quase uníssonos em afirmar que o acesso da família era apenas na hora do internamento para realizar as anamneses e nos dias de visitas. Nesse sentido Waidman (2005) afirma que o processo de comunicação com familiares e usuários nos serviços de saúde mental, principalmente nos hospitais, eram precários. Mesmo nos casos em que os profissionais consideravam como de grande importância no tratamento do sofrimento psíquico.

Durante as observações e diálogos estabelecidos com os interlocutores da pesquisa verificou-se uma diversidade de sentidos atribuídos aos processos de participação: participação como apropriação dos espaços disponibilizados às famílias para discutir sobre os problemas enfrentados decorrentes da lida com o sofrimento psíquico da família e do usuário; participação como acompanhamento, levar o usuário ao CAPS para que participe das atividades disponibilizadas. E, participação como reivindicação, ou seja, apropriação dos espaços para reivindicação de direitos dos usuários e familiares, apesar de nenhuma das familiares, que colaboraram com a pesquisa freqüentarem a Oficina Espaço Coletivo, destinada a discutir tais questões e também não fazem parte da associação de usuários e familiares da Bahia. Outro aspecto que precisa ser ressaltado é o fato de a cidadania da pessoa que

desenvolve o sofrimento psíquico foi reconhecido a partir do movimento da reforma psiquiátrica, logo, não existe uma devida apropriação por parte dos usuários e familiares do direito a esse exercício.

O que se verifica é que a participação familiar ainda é bastante incipiente, apesar de existir em Salvador uma associação de usuários de serviços de saúde mental. Nesse sentido percebe-se que o exercício da cidadania da família e dos usuários dos serviços de saúde mental ainda precisa ser estimulada. O estudo deixa alguns questionamentos que abrem espaço para outras investigações. a) As famílias e usuários sentem-se legitimados para participarem das arenas de elaboração e implementação de políticas de saúde mental? b) E na avaliação dos serviços alternativos/substitutivos implantados CAPS, Residências Terapêuticas, Alas Psiquiátricas em Hospitais Gerais? (c) A reforma psiquiátrica tem conseguido superar o modelo asilar/manicomial ou os serviços alternativos perpetuam a institucionalização?

Diante do exposto se verifica a partir dos resultados desse trabalho a necessidade de: criar uma pauta de discussões sobre a intervenção do CAPS no sentido de otimizar a participação de usuários e familiares nas arenas de discussão, elaboração e implantação de políticas de saúde mental; criar estratégia de estabelecer parceria com a rede social dos usuário, no sentido de estabelecer uma inserção na comunidade através de trabalhos educativos visando a promoção de qualidade de vida e emponderamento dos familiares e usuários dos serviços de saúde mental e; desenvolver estratégias de suporte para os usuários em situação de crise ou quadros graves de sofrimento psíquico que inviabilize seu deslocamento ou acesso à unidade de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.22, v.8, p.1547-1554, ago 2006.

_____. (org). *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ALVES, P.; RABELO, M. C. (org). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Relume Dumará, 1998.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, DSE/ENP, 2003.

_____. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2005. v.2.

ÁRIES, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BASSIT, W. A família e a doença mental. In: D'INCAO, M. A.(org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Florianópolis: Graal, 1992. p. 128-135.

BOISSEVAN, J. Apresentando "Amigos de amigos: redes sociais, manipuladores e coalizões". in: FELDMAN-BIANCO, B. (org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global Universitária, 1987.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, P; CHAMBOREDON, J.; PASSERON, J. *Ofício de sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde:

<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5.ed. Ampl. Brasília: O Ministério, 2004.

_____. Presidência da República. Lei nº 10.708 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.708.htm

BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUENO, J. G. S. A produção social da identidade do anormal. in: FREITAS, Marcos. *História Social da infância no Brasil*. São Paulo: Editora, 1999.

- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- CARVALHO, A.M.A. *et all*. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *In Paidéia*, 2008, v.18, n.41, p.431-444 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2008000300002&script=sci_arttext
- CARVALHO, I. M. M. e ALMEIDA. P. H. Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*, n.17, v.2, p.109-122, 2003.
- COBRA, Rubem Q. *Phillippe Pinel, pioneiro da psiquiatria*. Brasília, 2003. Disponível em: COBRA PAGES: www.cobra.pages.nom.br.
- COSTA, J. F. *Ordem medica e norma familiar*. São Paulo: Graal, 1999.
- DELGADO, P. O campo da atenção psicossocial e a política pública. *In: Laços – Caderno Eletrônico da Reforma Psiquiátrica*. MS/SAS/DAPE Coordenação Geral de Saúde Mental. Edição Especial de Lançamento, 2004. Disponível em: <http://pvc.datasus.gov.br/documentos/La%C3%A7os%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20de%20Lan%C3%A7amento%20-%20dezembro%202004%20-%20revisto%2030.121.pdf>
- _____. O desafio da reforma. Seminário sobre o direito a saúde mental, 22 e 23 de Novembro de 2001, auditório do Espaço Cultural Zumbi dos Palmares, Câmara dos Deputados, Brasília. *In: Cidadania: outros olhares*. 2001.
- DOMINGUES, José. Maurício. *Interpretando a modernidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.
- ELIAS, N. *Os estabelecidos e os outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- FERRER, Ana Luiza . *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Campinas: [s.n.], 2007.
- FISCHER, Maria Clara Bueno. Interloquções sobre a metodologia qualitativa. *UNIREVISTA*, São Leopoldo,. v.1, n.1, p.9-18, jan. 2006.
- FOUCAULT, M. *História da loucura*. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- FREIRE, G. *Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. 25.ed. Rio de Janeiro: Jose Olympio, 1987.
- GENTIL FILHO, V. Entrevista a Valentim Gentil Filho sobre políticas de saúde mental. [entrevista concedida a Mônica Teixeira. Disponível em: http://www.saude-mental.net/pdf/vol9_rev3_entrevista.pdf .
- GIDDENS, A. O significado sociológico da co-dependência. *in A transformação da intimidade; sexualidade, amor & e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 2000.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.

_____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

Haguete, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 2003.

HITA, M. G. Família, pobreza urbana e saúde: na busca de relações mais plenas. *Revista de Antropológicas*, Recife, v.9, p.30-54, 2001.

HITA, M. G. A família em Parsons: pontos contrapontos e modelos alternativos. *Revista Antropológicas*, Recife, v.9, n.16(1), p.109-148, 2005.

IVO, A.B.L. Sociedade e Política: Recomposição de atores políticos ao nível local. In: *Metamorfose da questão democrática: governabilidade e pobreza*. 2001. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/ivo/prologo%20.pdf>.

LASH, C. *Refúgio num mundo sem coração – a família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

LIMA, M. M. L. As mulheres e o século XX: transformação e conquistas. In: CARVALHO, Teresa Cristina Pereira (org.) *Ensaio sobre sexualidade e gênero*. Salvador: Helvécia, 2005.

MACEDO, L. *Fundamentos para uma educação inclusiva*, educação on-line. Disponível em: www.educaçãoonline.com.br

MACEDO, M. Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza. *CADERNO CRH*, Salvador, v.21, n. 53, p.389-404, maio/ago. 2008.

MACHADO, Vanessa; MANCO, Amábil Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, 2005.

MARTINS, J. B. *Identidade profissional e a produção do conhecimento antropológico: a questão da implicação*. Disponível em: www.naya.org.ar/congreso2004/ponencias/Joao_Martins.htm.

MILES, A. *O doente mental na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.8, n.6, p.20-26, dez. 2000.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev. da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.37, n.2, jun. 2003.

NUNES, M. et all. Dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n1, p.188-196, jan, 2008.

PEGORARO, Renata Fabiana. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface (Botucatu)*, v.12, n.25, p.295-307, jun. 2008.

_____; CALDANA, Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.3, dez. 2006.

PITTA, A. M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.2, p.35-60, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v5n2/04.pdf>.

RABELLO, M. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

RODRIGUES, Cássia Regina; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Rev. Estudos de Psicologia*, Natal, v.8, n.1, p.117-125, jan./abr. 2003.

ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.

SAÚDE Mental. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v.9, n.3, maio/jun. 2007.

SEARLES, H. O esforço para enlouquecer o outro: um elemento na etiologia e na psicoterapia da esquizofrenia. In: VELHO, G.; FIGUEIRA, S. A. (org.). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

SOUZA, I. M.A. *Experiências de doenças e narrativa*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Morais. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.13, n.2, p.173-179, mar./abr. 2005.

SOUZA, W. da S. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n4, p.933-939, ago. 2001.

STOCKINGER, R. C. *Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis: Vozes, 2007.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. *Rev. História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v.9, n.1, p. 25-29, jan./abr. 2002.

TOURAINÉ, A. *Crítica a modernidade*. . Petrópolis: Vozes, 1995.

VELHO, G. Parentesco, individualismo e acusações. *In: _____*; FIGUEIRA, S. A. (org.). *Família, psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

VELSEN, J. V. A Análise Situacional e o Método de Estudo de Caso Detalhado. *In: FELDMAN-BIANCO, B. (org.) Antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global Universitária, 1987.

VIETTA, Edna Paciência; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v.9, n.2, p.97-103, mar./abr. 2001.

WAIMAN, M. A. P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n.3, p.341-9, jul./set. 2005.