



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ROSANGELA FACUNDO DE OLIVEIRA GONÇALVES

**A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS:
as percepções dos familiares que acompanham o tratamento da pessoa com
transtorno mental no CAPS Geral Regional VI**

Fortaleza – CE
2015

A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS:
as percepções dos familiares que acompanham o tratamento da pessoa com
transtorno mental no CAPS Geral Regional VI

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em
Serviço Social pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica,
como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes

G635f Gonçalves, Rosângela Facundo de Oliveira.

A família no tratamento terapêutico de pessoas com transtornos mentais: as percepções dos familiares que acompanham o tratamento da pessoa com transtorno mental no CAPS Geral Regional VI. / Rosângela Facundo de Oliveira Gonçalves. Fortaleza, 2015.

74 fls. Enc.

Orientador(a): Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes.

Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. loucura 2. reforma psiquiátrica 3. família I. Prof^ª. Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes. II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361

CDU 364

ROSANGELA FACUNDO DE OLIVEIRA GONÇALVES

A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM
TRANSTORNOS MENTAIS:

as percepções dos familiares que acompanham o tratamento da pessoa com
transtorno mental no CAPS Geral Regional VI

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes
(Orientadora)

Prof.^a Ms. Verbena Paula Sandy Guedes

Prof.^a Ms. Roberta Maria de Albuquerque Sá

AGRADECIMENTOS

À Deus por me ajudar a prosseguir na caminhada em busca dos meus sonhos.

À minha querida mãe por seu amor, ajuda, força, incentivo e orações.

À meu amado esposo pelo carinho, companheirismo, paciência, compreensão, ajuda, apoio e incentivo.

À querida professora Virzângela Sandy, minha orientadora, minha supervisora de campo. Obrigada por todas as palavras de apoio e motivação. Obrigada por sua disponibilidade e generosidade.

À querida Verbena Sandy, minha supervisora de campo. Obrigada por seus ensinamentos. Obrigada por aceitar participar da banca examinadora dessa monografia.

À querida professora Roberta Sá, por aceitar participar da banca examinadora dessa monografia. Muito obrigada.

Aos professores da Faculdade Ratio pela transmissão do conhecimento e contribuição com minha formação profissional.

À Marília Fontenele Pamplona, coordenadora do CAPS Geral Regional VI, por consentir com a realização dessa pesquisa.

Aos funcionários do CAPS Geral Regional VI pela receptividade.

Às pessoas com transtorno mental usuárias da Instituição e aos seus familiares, sujeitos dessa pesquisa. Obrigada aos que aceitaram compartilhar suas vivências conosco.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais a partir das percepções dos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral Regional VI, localizado na cidade de Fortaleza - CE. A coleta dos dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2015 e se deu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com quatro familiares de usuários da Instituição. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas, categorizadas e analisadas. Os familiares entrevistados falaram de suas vivências e percepções com relação ao surgimento do transtorno mental na família e como ela lida com esse diagnóstico; principais desafios enfrentados pelo familiar cuidador da pessoa com transtorno mental; e as vivências e percepções da família no acompanhamento da pessoa com transtorno mental. Através dessa pesquisa percebemos a importância de serviços substitutivos, como os CAPS's, na reabilitação psicossocial de seus usuários. Os CAPS's consideram a família parceira no tratamento das pessoas com transtorno mental e a convida a participar no dia a dia de seus serviços. Consideramos importante que em suas intervenções, os CAPS's, ofereçam apoio e suporte a esses familiares, já que os mesmos encontram muitas dificuldades no cuidado à seu familiar com transtorno mental, conforme nos mostrou essa pesquisa.

Palavras-chave: loucura, reforma psiquiátrica, família.

ABSTRACT

This research aims to analyze how is the monitoring of people with mental disorders from the perceptions of the families of users of the Psychosocial Care Center - CAPS Regional General VI, located in the city of Fortaleza - CE. Data collection occurred in October and November 2015 and was through semi-structured interviews conducted with four members of the institution of family. The interviews were recorded and then transcribed, categorized and analyzed. Family members interviewed spoke of their experiences and perceptions regarding the emergence of mental illness in the family and how it deals with this diagnosis; main challenges faced by family caregivers of people with mental disorder; and the experiences and perceptions of family in the monitoring of mental patients. Through this research we realized the importance of substitute services such as CAPS's in psychosocial rehabilitation of its members. CAPS's consider the partner family in the treatment of people with mental disorder and invites you to participate on the day of its services. We consider it important that in their interventions, CAPS's, offer help and support to these families, since they encounter many difficulties in caring for your family member with mental illness, as shown in this research.

Keywords: madness, psychiatric reform, family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
HD	Hospitalidade Diurna
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 LOUCURA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	18
2.1 Breve história da Loucura.....	18
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
2.3 A assistência em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial.....	27
3 A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	33
3.1 A família e a pessoa com transtorno mental: as transformações ocorridas nessa relação ao longo da história.....	33
3.2 A inclusão da família no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial.....	41
4 AS PERCEPÇÕES VIVIDAS PELOS FAMILIARES QUE ACOMPANHAM O TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO CAPS GERAL REGIONAL VI.....	44
4.1 Apresentando o <i>locus</i> da pesquisa: O CAPS Geral Regional VI.....	44
4.1.1 A inserção no campo: um pouco da trajetória.....	48
4.2 Conhecendo os sujeitos pesquisados.....	49
4.3 As percepções e vivências dos familiares quanto ao cuidado e ao tratamento: “A partir do momento que a pessoa tá com esse problema tem que ter o apoio de uma família”.	52
4.3.1 Início dos sintomas e como a família lida com o diagnóstico de transtorno mental.....	52
4.3.2 O familiar como cuidador: os principais desafios.....	54
4.3.3 A família no acompanhamento do tratamento da pessoa com transtorno mental: principais vivências e percepções.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	71
APÊNDICE A.....	72
APÊNDICE B.....	74

1 INTRODUÇÃO

Na nossa sociedade muitas pessoas são acometidas por transtornos mentais. Casos de pessoas com transtornos psiquiátricos ocorrem em todos os países, entre ricos e pobres, entre homens e mulheres e tanto em áreas rurais como urbanas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

A loucura existe desde muito tempo na história da humanidade, no entanto, os conceitos e olhares sobre ela foram sofrendo mudanças ao longo dos anos. Tais olhares e conceitos dependiam bastante do contexto social, cultural e econômico em que se vivia.

Assim, cada contexto histórico e cada sociedade tiveram sua forma específica de abordar o fenômeno da loucura. Na sociedade moderna, como uma forma de ordenamento social, econômico e político, o louco passou a ser doente mental e objeto de intervenção médica e estatal (Rosa, 2011).

Foi assim que se deu o nascimento da psiquiatria de Pinel¹, que, segundo Fleming (1976), fez da loucura uma questão de ordem médica. Nesse contexto, a psiquiatria justificava o isolamento do louco nos asilos como uma forma de medida terapêutica e afirmava que, assim, de um lado, estava defendendo a sociedade contra a loucura, e de outro, tratando os loucos, que eram segregados em lugares ditos terapêuticos (Fleming, 1976).

Segundo Rosa (2002), por meio da internação hospitalar, a psiquiatria tornou explícito o seu caráter de classe, contribuindo para a manutenção das desigualdades sociais, na medida em que “a atenção assistencial e médica era diferenciada segundo critérios de ordem de origem de classe do paciente” (Rodrigues, 1996 *apud* Rosa, 2002).

Ainda conforme a autora, o asilo, desde o seu surgimento, se tornou espaço predominantemente destinado aos loucos pobres ou empobrecidos, principalmente aqueles sem família, mesmo porque se constituía uma das estratégias de enfrentamento da questão social (Rosa, 2002).

Assim, por séculos o saber da psiquiatria isolou o louco de sua família e da sociedade, institucionalizando-o, com o discurso de que esse isolamento era necessário não só para sua proteção, mas também de sua família e de toda a sociedade.

Nos asilos as pessoas com transtornos mentais foram submetidas a toda forma de sofrimento e maus tratos, mas, apesar disso, demorou muito tempo até que se propusesse outras alternativas de tratamento para essas pessoas.

¹ Phillipe Pinel, médico francês, considerado o pai da psiquiatria. Com seu trabalho, a psiquiatria se estabeleceu como primeira especialidade médica.

Isso começou a acontecer no final da Segunda Guerra Mundial, quando vários movimentos passaram a contestar o saber e as práticas psiquiátricas. Entre esses movimentos se destacaram a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. Tais movimentos ficaram conhecidos como movimentos de reforma psiquiátrica. A influência desses movimentos, de crítica à psiquiatria, também se deu no contexto social brasileiro (Oliveira e Alessi, 2005).

No Brasil, na década de 1980, usuários, familiares e trabalhadores da saúde começaram uma mobilização com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. Tal movimento foi impulsionado pela importância que a temática de direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e, também se alimentou das experiências bem sucedidas de países europeus na substituição do modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviço comunitário. Nas últimas décadas, esse processo de mudanças se expressou especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto produzido de maneira coletiva, tendo como perspectiva a mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2013).

Ainda na década de 1980, experiências municipais deram início à desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial com a finalidade de realizar a reinserção de usuários em seus territórios. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiram serviços diversificados de cuidado, tanto de forma longitudinal, quanto de forma intensiva para os períodos de crise. A atenção às pessoas com transtornos mentais passou a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de seu quadro sintomatológico. Isso implica em organizar serviços abertos e de base comunitária, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas, como educação, moradia, trabalho, cultura, entre outras (BRASIL, 2013).

Dentre os diversos serviços substitutivos ao modelo de tratamento nos hospitais psiquiátricos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) são a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Uma de suas atribuições é desenvolver ações que promovam a autonomia dos usuários e maior abrangência de sua clientela, incentivando a participação da família e outros segmentos sociais (LUZIO, 2011).

Com relação à família da pessoa com transtorno mental, se antes ela era afastada de sua convivência com a justificativa de proteção, hoje ela é chamada a participar dos serviços abertos de atenção à saúde mental, conforme vimos.

Compreendendo ser essa nova abordagem importante tanto para a família, quanto para a pessoa com transtorno mental, surgiu a vontade de pesquisar e compreender a percepção dos familiares em relação ao acompanhamento do tratamento terapêutico de seu familiar com transtorno mental. Assim, essa pesquisa procura responder à seguinte pergunta: Como se dá o acompanhamento de pessoas com transtorno mental a partir das percepções dos familiares dos usuários do CAPS Geral Regional VI?

Para tentar responder a essa pergunta, a presente pesquisa propõe por objetivo geral analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais a partir das percepções dos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial que fica na regional VI da cidade de Fortaleza - CAPS Geral Regional VI. E por objetivos específicos: descrever como se dá a inclusão da família nos Centros de Atenção Psicossocial; discutir como se dá o acompanhamento da família no processo de tratamento das pessoas com transtornos mentais e compreender a percepção dos familiares em relação ao acompanhamento do tratamento terapêutico da pessoa com transtorno mental.

Comecei² a me interessar pelo tema saúde mental, no ano de 2012, quando um familiar muito amado e querido foi diagnosticado com um transtorno mental. Tal acontecimento, coincidentemente, se deu no início da graduação de Serviço Social. Com o diagnóstico veio a perplexidade, a dor e o medo de todos da família em não saberem lidar com aquela situação. A partir desse acontecimento, nossa família vivenciou inúmeras dificuldades por não saber lidar com uma pessoa com transtorno mental. Assim, houve o interesse em buscar informações sobre transtorno mental, tema, até então, desconhecido em nosso meio familiar.

Mas o acontecimento determinante para a realização dessa pesquisa, foi a vivência no CAPS Geral Regional VI, instituição na qual realizei o Estágio Supervisionado Obrigatório ao longo dos dois semestres do ano de 2014. Considero importante esclarecer que o primeiro contato com o CAPS Geral Regional VI não se deu por conta do estágio, pois o familiar citado realizou seu tratamento lá por cerca de um ano e meio e, durante esse período, o acompanhei por algumas vezes, portanto, já conhecia a Instituição. Contudo, foi a vivência como estagiária na Instituição que possibilitou o interesse pela família da pessoa com transtorno mental.

Tal interesse se deu porque durante todo o período do estágio, percebia que, na grande maioria dos casos, os usuários compareciam à Instituição acompanhados de algum familiar, que geralmente era o cuidador. No atendimento do Serviço Social e nas visitas domiciliares, esses

² Peço licença ao leitor para me dirigir na primeira pessoa neste item que trata sobre meu interesse pela pesquisa.

familiares cuidadores, muitas vezes, relatavam as dificuldades que enfrentavam em lidar com um parente com transtorno mental. Muitos dos relatos eram verdadeiros desabafos. Com isso, pude perceber que o adoecimento mental é difícil tanto para a pessoa acometida por ele, como para sua família, que, muitas vezes, acaba adoecendo também. Assim, passei a entender que a família da pessoa com transtorno mental também precisa de cuidados e que é muito importante que ela seja ouvida em suas dificuldades.

Na experiência do estágio, observando os usuários e seus familiares, muitas vezes surgiam perguntas como: Quais são as vivências dessa família? Quais são suas dificuldades? Como esse familiar percebe o tratamento oferecido pela Instituição? O que ele acha desse tratamento? E assim foi surgindo o desejo desse estudo.

Consideramos a pesquisa relevante por permitir a compreensão das percepções dos familiares em relação ao acompanhamento do tratamento terapêutico de seu familiar com transtorno mental. Assim, acreditamos que ela venha contribuir para uma melhor compreensão da relação família e saúde mental, bem como, futuramente, para a melhoria das Políticas Públicas de Saúde Mental.

A metodologia da pesquisa tem uma abordagem qualitativa por esta permitir a aproximação do pesquisador com o sujeito pesquisado. Segundo Martinelli (1999), na pesquisa qualitativa o pesquisador procura conhecer as experiências sociais dos sujeitos e isso exige dele uma grande disponibilidade e um verdadeiro interesse em sentir a experiência da pesquisa.

Para uma melhor compreensão e análise da temática abordada iniciamos esse estudo com a pesquisa bibliográfica e documental. Koche (1997), afirma que na pesquisa do tipo bibliográfica o pesquisador irá fazer o levantamento do conhecimento disponível na área da pesquisa, para assim avaliar a contribuição do material produzido em auxiliar na compreensão ou explicação do problema que é objeto da investigação. Em relação à pesquisa documental Gil (2009) fala da sua importância ao dizer que “há dados que, embora referentes a pessoas são obtidos de maneira indireta, que tomam a forma de documentos como livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos, fotos, discos, filmes e vídeos, que são obtidos de maneira indireta.” (GIL, 2009, p. 147).

Realizamos também a pesquisa de campo, pois, segundo Minayo (2010),

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade social sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social (MINAYO, 2010, p. 61).

A pesquisa de campo, portanto, nos possibilitou a aproximação com os sujeitos pesquisados, bem como com sua realidade social. Realizamos a pesquisa de campo nos meses de outubro e novembro de 2015, na instituição CAPS Geral Regional VI, que fica localizado na rua Manuel Castelo Branco, 700 - Messejana - Fortaleza - CE. Como o objetivo geral da pesquisa é analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtorno mental a partir das percepções dos familiares, consideramos a referida Instituição adequada para realizar a pesquisa, já que é uma Instituição que atua dentro do cenário da saúde mental na cidade de Fortaleza. A escolha do CAPS Geral Regional VI também deveu-se ao fato de ter sido meu campo de estágio supervisionado, como já citado anteriormente.

Os familiares de pessoas com transtornos mentais usuárias do CAPS Geral Regional VI são o universo da pesquisa. Gil (2009), considera o universo da pesquisa como sendo o conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. No caso dessa pesquisa, todos são familiares de usuários da referida Instituição.

As entrevistas foram realizadas com quatro familiares de usuários que os acompanham em seu tratamento terapêutico na Instituição. Segundo Goldenberg (2004),

[...] a representatividade dos dados na pesquisa qualitativa em ciências sociais está relacionada à sua capacidade de possibilitar a compreensão do significado e a “descrição densa” dos fenômenos estudados em seus contextos e não à sua expressividade numérica [...]. O número de pessoas é menos importante do que a teimosia em enxergar a questão sob várias perspectivas (GOLDENBERG, 2004, p. 50).

Minayo (2010) contribui afirmando que, o objeto da pesquisa qualitativa dificilmente poderá se traduzir em números e indicadores quantitativos. Por tais afirmações, consideramos o número de sujeitos entrevistados suficiente, já que na pesquisa qualitativa o número de pessoas não é fator relevante para se obter a compreensão do fenômeno estudado.

Foram definidos como critérios de inclusão para essa pesquisa: familiares de usuários da Instituição que acompanham seu processo de tratamento; maiores de dezoito anos e que concordaram em participar da pesquisa. Consideramos primordial o critério do familiar acompanhar o processo de tratamento da pessoa com transtorno mental já que o objetivo da pesquisa é analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtorno mental a partir das percepções dos familiares dos usuários do CAPS Geral Regional VI. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: os familiares que não acompanham a trajetória de tratamento da pessoa com transtorno mental.

Utilizamos como instrumentos para a coleta de dados a observação, o diário de campo e a entrevista. “A observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada”. (GIL, 2009, p. 103).

Já Minayo (2012) afirma que, a observação participante é realizada através do contato direto do pesquisador com o sujeito observado para, assim, adquirir informações sobre a realidade dos sujeitos em seus próprios contextos. Dessa forma, antes da abordagem dos sujeitos da pesquisa, fizemos algumas visitas à Instituição tendo como objetivo a observação e aproximação com os sujeitos e com o campo de pesquisa.

Com relação ao diário de campo, Minayo (2013) afirma que em qualquer nível de profundidade em que for realizada a observação participante, é tradicionalmente utilizado o diário de campo. Segundo a autora, no diário de campo devem ser registradas impressões pessoais que com o tempo vão se modificando, conversas informais, entre outros aspectos. O diário de campo vem sendo utilizado pela pesquisadora desde a inserção no campo de estágio e continuou sendo utilizado para os registros da observação participante.

Já na entrevista, utilizamos um roteiro de perguntas semiestruturado (Apêndice A). Segundo Minayo (2013), a entrevista semiestruturada, pelo fato de ter um apoio claro na sequência das perguntas, facilita a abordagem e assegura, especialmente aos pesquisadores menos experientes, que suas hipóteses serão cobertas na conversa.

As entrevistas foram realizadas dentro da Instituição CAPS Geral Regional VI, especificamente, em sua área externa, por falta de salas disponíveis nos dias de suas realizações. Consideramos importante esclarecer que mantemos uma certa distância das demais pessoas que se encontravam na Instituição, com a finalidade de garantir sigilo e evitar constrangimento durante a entrevista. Antes da realização das entrevistas foi apresentado o objetivo da pesquisa em linha gerais e conforme os sujeitos se mostravam disponíveis em participar lhes era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), impresso em duas vias, ficando uma com eles e outra com a pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas, com a permissão dos sujeitos entrevistados, o que facilitou no momento da transcrição, sistematização e comparação dos dados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de outubro e novembro de 2015.

Consideramos muito importante ressaltar que toda a pesquisa seguiu padrões éticos e científicos e por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos houve a submissão do Projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para que o mesmo fosse analisado e aprovado. Os sujeitos da pesquisa tiveram garantia de sigilo nas informações prestadas, assim como garantia

de anonimato, pois os mesmos foram identificados por nomes fictícios, sugerido por eles. Ciente de que a participação nessa pesquisa envolvia riscos, como perda das informações gravadas durante a entrevista, desconforto emocional e, ou, constrangimento por parte do sujeito participante em responder às perguntas, é importante salientar que tudo foi planejado para minimizá-los. Também informamos ao participante que caso ele sentisse dificuldade ou desconforto emocional na entrevista, o mesmo poderia, a qualquer momento, interromper o processo.

Depois de realizadas as entrevistas, efetuamos a transcrição das falas dos sujeitos. Segundo Minayo (2013), nessa fase se faz a transcrição de fitas cassetes; a releitura do material; a organização dos relatos e dos dados de observação. Depois fizemos a classificação dos dados coletados. Segundo a mesma autora, nessa fase, deve-se fazer a leitura exaustiva dos textos para auxiliar na elaboração das categorias específicas. E por fim, realizamos a análise final que é a fase da compreensão e interpretação dos dados. Minayo (2013) se refere a essa fase como sendo o momento em que acontece o movimento entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato e entre o particular e o geral.

Estruturamos essa pesquisa em quatro capítulos, em que foram abordadas as categorias que serviram de base para esse estudo: Loucura, Reforma Psiquiátrica e Família.

O primeiro capítulo traz uma breve contextualização das categorias que basearam essa pesquisa, as motivações que nos levaram a escolher o tema e também seus objetivos geral e específicos. O capítulo também traz a metodologia utilizada na realização da pesquisa e a forma como esse estudo está estruturado.

No segundo capítulo apresentamos uma breve contextualização da história da loucura: as mudanças ocorridas em seu conceito até se chegar à Reforma Psiquiátrica. Abordamos ainda a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil e também como se dá a assistência mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

No terceiro capítulo tratamos da família da pessoa com transtorno mental e sua inclusão no processo de tratamento terapêutico de seu familiar. Falamos das mudanças ocorridas na relação família e pessoa com transtorno mental ao longo dos anos até se chegar aos dias atuais. Abordamos também como se deu a inclusão da família no processo de tratamento da pessoa com transtorno mental e também no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial.

No quarto capítulo, apresentamos o *locus* da pesquisa e também os sujeitos pesquisados. Por fim, trazemos a análise das falas dos familiares que acompanham o tratamento da pessoa com transtorno mental no CAPS Geral Regional VI, em que eles relatam as percepções vividas no acompanhamento do tratamento terapêutico de seu familiar na Instituição.

Esperamos com esse estudo promover reflexões e pesquisas mais aprofundadas sobre a relação família e pessoa com transtorno mental e, ao mesmo tempo, contribuir para o contínuo processo da Reforma Psiquiátrica e melhoria das Políticas Públicas voltadas às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

2 LOUCURA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao longo da história houve diversas formas de se olhar e conceituar a loucura. Tais olhares e conceitos dependiam bastante do contexto social, cultural e econômico em que se vivia. Apresentaremos neste capítulo uma breve contextualização da história da loucura: as mudanças ocorridas em seu conceito até se chegar à Reforma Psiquiátrica. Abordaremos a questão da Reforma Psiquiátrica no Brasil e também como se dá a assistência mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

2.1 Breve história da Loucura

A loucura nem sempre foi vista como algo negativo. Segundo Frayze-Pereira (2008), nas sociedades primitivas a loucura era vista como manifestação do sagrado. Tal visão também ocorria nas civilizações antigas, onde a loucura era tida como inspirada pelos deuses e como geradora de grandes bens. O autor afirma que, nessas civilizações o louco era aceito e reconhecido como diferente, porém, não como sendo doente.

Segundo o mesmo autor, no final da Idade Média o europeu estabeleceu relação com algo que de forma confusa ele chamou de Loucura, Desrazão e Demência, porém, essa relação foi vivida de forma livre, isto quer dizer que o louco circulava livremente e fazia parte da vida cotidiana. Logo, a experiência da loucura era possível para cada um, e ela era mais exaltada do que dominada. Ainda não se via o mal na loucura e não existia o pensamento de se segregar o louco.

Da Idade Média até o fim das Cruzadas a lepra era o mal que assolava a Europa e os segregados e excluídos da sociedade eram os leprosos. Houve uma multiplicação dos leprosários. Contudo, segundo o autor, os leprosos não eram excluídos com a finalidade de impedir o contágio, mas sim, porque, encontravam-se envolvidos por um círculo sagrado. Os leprosos eram sacros e temidos, pois expressavam ao mesmo tempo a cólera e a bondade de Deus. A lepra era um sofrimento que purificava e castigava o pecado. Assim, a segregação do leproso era um ritual que lhe abria as portas da salvação.

A lepra acabou desaparecendo com o fim das Cruzadas, mas as imagens e valores relacionados ao leproso permaneceram. “Outros personagens vão ocupar o espaço sagrado por ele deixado vazio: os pobres, os vagabundos e as “cabeças alienadas”. (FRAYZE-PEREIRA, 2008, p. 50).

Na era Renascentista os loucos eram levados em navios de uma cidade para outra. Essas embarcações eram chamadas de Nau dos Loucos. Segundo Foucault (1978), as cidades europeias viam frequentemente atracar em seus portos essas naus de loucos. Para o autor a partida dos loucos nesses navios era um exílio ritual. Era evitar que os loucos ficassem vagando entre os muros da cidade e ter a certeza de que eles partiriam para longe. A água, além de levar embora, purificava e levava para a incerteza da sorte.

A partir do século XVII começam a se criar na Europa casas de internamento destinadas para os loucos. Segundo Frayze-Pereira (2008), nesse mesmo século a loucura foi aprisionada filosoficamente pelo pensamento moderno e isso se estruturou no interior da sociedade burguesa nascente, que se voltava, principalmente, para o poder da razão. Dessa forma, a loucura passou a ser a impossibilidade do pensamento.

Por outro lado, segundo o mesmo autor, nessa época a exclusão da loucura não ocorreu apenas num nível filosófico. Houve a criação de um conjunto de instituições pelo qual se efetivou a dominação da loucura. Esse período foi denominado por Foucault como a “Grande Internação” e é a partir daí que tem início a institucionalização da loucura. Em 1656 é fundado, em Paris, o Hospital Geral. Ao contrário do que se pode pensar, essa instituição não se destinava a recolher os doentes, mas, sim, os pobres da cidade. Portanto, tratava-se de uma instituição assistencial e de ordenamento social. O Hospital Geral era uma estrutura monárquica, burguesa e acatada pela Igreja, com a finalidade de ordenar a miséria, utilizando para isso o internamento dos pobres e miseráveis. Conforme Foucault (1978):

O internamento, esse fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do século XVII, é assunto de “polícia”. Polícia, no sentido preciso que a era clássica atribui a esse termo, isto é, conjunto das medidas que tornam o trabalho ao mesmo tempo possível e necessário para todos aqueles que não poderiam viver sem ele. (FOUCAULT, 1978, p. 72)

Assim, além de sofrer a exclusão social, os internos eram obrigados a realizar trabalhos forçados. Segundo Frayze-Pereira (2008), essa medida tinha um sentido ético, pois havia a imposição do trabalho aos ociosos. Porém, tal prática tinha também um sentido econômico, isso porque no século XVII a economia da Europa passou por períodos de crise que ocasionou queda dos salários e desemprego. Nesse âmbito houve uma oscilação no sentido do internamento. Quando havia períodos de crise e a mendicância aumentava, os ociosos eram presos e, assim, se protegia a sociedade contra possíveis revoltas. Já quando o período de crise cessava e havia emprego e altos salários, as casas de internamento ofertavam mão-de-obra barata.

Dessa forma, podemos compreender que além de excluir do convívio social todas as pessoas que ameaçassem a ordem da nascente sociedade burguesa, o internamento também tinha uma finalidade econômica. Foi nesse contexto social, político e econômico da era clássica que ocorreu uma mudança no modo de se olhar e perceber a loucura. Segundo Frayze-Pereira (2008), por meio da instituição do internamento, que teve sua origem na inquietação com a pobreza, se percebeu a loucura no campo da miséria, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se no grupo. Com o louco sendo internado junto com todos os acusados de imoralidade, a loucura passou a ser ligada ao crime, à libertinagem, à desordem, ou seja, às diferentes formas do mal.

Ainda segundo o mesmo autor, na era clássica a sociedade sentia vergonha da loucura e a escondida nas casas de detenção. O louco passou a ser visto como inumano e um mau exemplo, e o perigo desse mau exemplo devia ser excluído. Para se internar alguém, as próprias famílias ou círculo social do louco faziam o pedido ao rei ou à autoridade judiciária. Assim, não era o médico, mas os homens de bom senso que julgavam e determinavam a internação do louco.

Diante do que foi exposto podemos entender o período da “Grande Internação” como a estratégia que a sociedade burguesa utilizou para lidar com a miséria e a loucura. Assim, com o internamento dos pobres e dos loucos essa sociedade excluiu os que ameaçavam sua ordem bem como os que não se adequavam ao seu modo de produção. E como já falado anteriormente, as casas de internação, chamadas de hospitais, não tinham finalidade curativa, mas, sim de manter a ordem social e dar assistência aos banidos da sociedade.

Foi após a Revolução Francesa que se iniciou a transformação do hospital em instituição médica. Amarante (2007) afirma que, de acordo com o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade³ deveriam ser democratizados todos os espaços sociais. E foi nesse contexto que os hospitais passaram por grandes transformações. Segundo Amarante (2007),

Primeiro, foram libertados vários internos que ali estavam em decorrência do poder autoritário do Antigo Regime. Por outro lado, novas instituições assistenciais passavam a ser criadas pelo estado republicano (orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação). O hospital foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos. (AMARANTE, 2007, p. 25)

³ Ideais Iluministas que influenciaram a Revolução Francesa de 1789. Lema utilizado por diversos movimentos ativistas que lutam pela democracia social.

Foi nesse novo contexto que a loucura passou a ser doença mental e a internação do louco passou a ter um lugar específico, o asilo. Na nova ordem social e econômica a loucura era vista como um problema já que o louco não se enquadrava às suas normas e era considerado como incapaz para o trabalho.

Segundo Rosa (2011), para resolver esse problema a burguesia deslocou a loucura da área política para a área técnica, delegando para isso mandato à psiquiatria. A autora afirma que, por meio do trabalho de Phillippe Pinel na França, a psiquiatria foi estabelecida como primeira especialidade médica e reconhecida como competente para intervir nas questões sociais postas pela loucura.

Rosa (2011) afirma que, dessa forma, Pinel se destacou como um marco no nascimento da psiquiatria, sob três aspectos. Primeiro ele classificou o espaço institucional asilar e redistribuiu os enfermos, ou seja, organizou e legitimou um lugar para o exercício de um saber, o asilo, posteriormente hospital psiquiátrico. Em segundo, ele promoveu o arranjo nosográfico das alienações mentais, instituindo um saber psiquiátrico à ciência alienista. E, em terceiro, Pinel impôs uma relação específica de poder entre médico e enfermo, explícito no “tratamento moral”. (Castel, 1978 *apud* Rosa, 2011)

Dessa forma, a loucura passou a ser objeto da psiquiatria, e, vista como doença passou a ser medicalizada. Houve também uma mudança no internamento que ao ser transformado em asilo passou a ter função terapêutica.

Contudo, essa nova forma de se tratar o louco, a internação psiquiátrica, continuou promovendo sua exclusão social. E era essa mesma a sua finalidade, afastar do convívio social o doente mental, que além dessa condição era também muito pobre. O asilo era uma nova forma de segregação e controle social que favorecia os interesses da burguesia.

Assim, com a finalidade de manter a ordem, na internação asilar o comportamento dos loucos era continuamente reprimido. Segundo Frayze-Pereira (2008), as técnicas propostas por Pinel nos asilos da França, submetiam constantemente o louco a julgamentos morais:

[...] no asilo, o louco era constantemente observado em seu comportamento. A todo instante procurava-se diminuir suas pretensões, negar seus delírios, seus erros, suas ilusões, ridicularizar o seu modo de ser. Qualquer desvio em relação a uma conduta normal devia ser observado e seguido de punição imediata (FRAYZE-PEREIRA, 2008, p. 86).

Dessa forma, podemos perceber que as instituições asilares tinham mais a tarefa de punição do que de tratamento às pessoas com transtornos mentais. E que no interior dessas

instituições além da exclusão social da família e da sociedade, o louco sofreu um processo de julgamento moral e, conseqüente castigo pela sua condição.

Apesar de todo o sofrimento a que foram submetidas as pessoas com transtornos mentais nos asilos, demorou muito até que outras alternativas de tratamento para a loucura fossem propostas. De acordo com Heidrich (2007), mesmo diante de várias críticas e enfrentamentos à instituição asilar empregada por Pinel, somente no século XX, no período pós-Segunda Guerra é que, diante das denúncias de desumanidade nos manicômios, essas críticas cresceram e ordenaram mudanças ou “reformas” nos asilos e no modelo do tratamento psiquiátrico.

Para Heidrich (2007), a partir desse momento passaram a se desenvolver várias experiências de transformação do hospital psiquiátrico, principalmente a partir da década de 1940. Segundo a autora a literatura divide essas experiências em três grandes grupos:

[...] um primeiro, que tinha como proposta abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional); um segundo grupo, que assumia a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Comunitária- ou Preventiva); e um terceiro grupo, que dirigia os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana). (HEIDRICH, 2007, p.37)

Segundo Amarante (2003), todos esses modelos questionavam o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico e partilhavam a opinião de que essa instituição não recuperava nem ajudava na recuperação dos internos. No entanto, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, além de criticarem o hospital psiquiátrico também questionaram a concepção de doença mental e o saber psiquiátrico.

A Psiquiatria Democrática Italiana surgiu com a experiência de Franco Basaglia⁴, por isso é também conhecida como perspectiva basagliana. Segundo Rosa (2011), essa perspectiva surgiu na Itália, a partir de 1961, com a experiência de Basaglia no hospital psiquiátrico de Gorizia. A perspectiva basagliana “promove uma ruptura com o paradigma clínico, psiquiátrico, ao desconstruir os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos que lhe dão sustentação”. (ROSA, 2011, p. 66).

Basaglia implementou uma negação ativa do manicômio, mobilizando seus atores e recursos em direção à criação de novos serviços de base comunitária. Embora tenha reforçado o poder do psiquiatra, ativou o poder de outros profissionais, da própria equipe de saúde mental e também dos usuários, familiares e público em geral dos serviços (Rosa, 2011).

⁴ Psiquiatra Italiano, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, movimento este conhecido como Psiquiatria Democrática ou perspectiva basagliana, conforme será aqui mencionado.

A perspectiva basagliana influenciou muitos outros processos de reforma psiquiátrica que se seguiram, e teve, inclusive, grande influência no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, assunto que trataremos a seguir.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporâneo ao Movimento de Reforma Sanitária, movimento este que se iniciou nos anos 1970 e que tinha como perspectiva promover mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde (BRASIL, 2005).

Contudo, embora contemporâneo ao Movimento Sanitário, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem uma história própria inscrita num contexto internacional de busca pela superação da violência asilar. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início no final dos 1970, com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, de um lado, e, de outro, com a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. No Brasil esse processo é maior do que a aprovação de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas do governo e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica trata-se de um processo social e político complexo, constituído por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que se reflete em territórios diversos, nos governo federal, estadual e municipal, nos serviços de saúde, nas universidades, nos conselhos profissionais, nos movimentos sociais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Sendo compreendida como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais, o processo da Reforma Psiquiátrica avança no cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. Tal avanço acontece não sem impasses, conflitos, tensões e desafios (BRASIL, 2005).

Segundo Rosa (2011), o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira passou a ganhar maior independência e identidade própria, em relação ao Movimento Sanitário, a partir de 1978 com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), um complexo hospitalar federal no Rio de Janeiro. Foi quando profissionais com contratos de trabalho de bolsistas passaram a lutar contra as condições precárias de suas relações trabalhistas. Em seguida, essa luta voltou-se contra o modelo de assistência psiquiátrica, já que, ao denunciar as condições de trabalho, o movimento acabou tornando públicas as condições de vida e tratamento nas instituições asilares. Nasceu, assim, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que propagou uma reforma completa no modelo de assistência psiquiátrica.

A realização do Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979 também teve contribuição no impulsionamento do Movimento, ao expor as experiências de reformas europeias. Também em 1979 foi criada a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), uma das primeiras instituições de saúde mental organizada por familiares de pessoas com transtorno mental. Fundada no Rio de Janeiro a SOSINTRA tinha por objetivo “integrar pelo trabalho, remunerado e protegido”, as pessoas com transtorno mental. Assim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira se disseminou do grupo de trabalhadores de saúde mental para outros atores sociais (Rosa, 2011).

Segundo Heidrich (2007), a década de 1980 foi importante para o aprofundamento da luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Um dos eventos que contribuíram bastante nessa luta foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O evento, que contou com a participação de cinco mil pessoas, teve entre suas principais conclusões, a ênfase na participação da população na formulação da política de saúde e o surgimento de uma nova concepção de saúde: como dever do Estado e direito dos cidadãos. O principal desdobramento da Conferência foi a proposta da realização de conferências de temas específicos, as quais foram realizadas em seguida da mesma (Heidrich, 2007).

Uma delas, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), foi realizada no Rio de Janeiro, nos dias 25 a 28 de junho de 1987 e teve a participação de cento e setenta e seis delegados, eleitos nas etapas estaduais. As discussões se deram em cima de três temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e Cidadania e doença mental: direitos, deveres e cidadania do doente mental. As principais deliberações da Conferência foram a previsão de mudança do modelo assistencial, rompendo com o modelo hospitalocêntrico⁵, a consideração de que os trabalhadores de saúde mental poderiam estar servindo como instrumentos de dominação do povo brasileiro, a necessidade de controle social na administração dos serviços e a preocupação com a cidadania do louco (Heidrich, 2007).

Também no ano de 1987, aconteceu, na cidade de Bauru-SP, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Segundo Heidrich (2007), a partir desse encontro o MTSM retomou suas lutas originais de questionamento ao saber da Psiquiatria e à institucionalização e assumiu a denominação Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. O Congresso também decidiu pela organização do Dia Nacional de Luta Antimanicomial no dia 18 de maio (Heidrich, 2007).

⁵ Modelo de tratamento centrado na internação em hospitais psiquiátricos ou asilos.

Ainda segundo a autora, a realização da I CNSM e do Congresso de Bauru teve grande repercussão na assistência psiquiátrica brasileira. No modelo assistencial surgiram alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional. Em 1987, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial brasileiro na cidade de São Paulo. Já em 1989 foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS's), além de cooperativas, associações e outros dispositivos.

A experiência de implantação dos serviços substitutivos que mostrou ser possível a substituição do modelo hospitalocêntrico e a constituição de uma rede de cuidados em saúde mental, contribuíram para a elaboração do projeto de lei 3.657/89⁶ do deputado federal Paulo Delgado. Por vários anos o referido projeto se tornou centro dos debates sobre a política de saúde mental no Brasil (Heidrich, 2007).

Apesar da relevância do projeto de lei do deputado Paulo Delgado para a saúde mental brasileira, somente no ano de 2001 é que o projeto foi aprovado com a implantação da lei 10.216, também conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. A lei 10.216/01 trata sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Segundo a referida lei, todas as pessoas com transtornos mentais têm direito a ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, adequado às suas necessidades, bem como ser tratado com humanidade e respeito, e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Assim, no modelo atual de tratamento de Saúde Mental a principal finalidade é a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais, visando sua reinserção social possibilitando, dessa forma, a sua convivência na família e na comunidade e também seu acesso ao lazer e ao trabalho.

Hoje, no Brasil, existe a Política de Saúde Mental que tem como objetivo estabelecer um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso quer dizer que ela busca garantir que as pessoas com transtornos mentais não sejam socialmente excluídas e que tenham livre circulação pelos serviços, comunidade e cidade.

Nesse sentido, a aprovação da lei 10.216/2001 tendo como resultado a criação da Política de Saúde Mental que tornou possível a implantação dos serviços substitutivos, representou grandes avanços no processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, conseqüentemente, na garantia do direito de cidadania da pessoa com transtorno mental.

Oliveira e Alessi (2005), fazem uma síntese do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, segundo eles, esse processo compreende os movimentos populares organizados para

⁶ Tal projeto de lei dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais.

questionar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores da saúde mental, além de reivindicar o direito das pessoas com transtornos mentais; as políticas nacionais criadas principalmente a partir dos anos 1990, no setor da saúde, estabelecendo uma rede assistencial que aponte alternativas à internação nos hospitais psiquiátricos; a legislação federal, estadual e municipal que garantam um novo modelo de assistência para atender aos problemas de saúde mental da população, como também a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e por, último, as práticas terapêuticas de atenção à saúde mental desenvolvidas em serviços extra-hospitalares.

Os mesmos autores, consideram que a Reforma Psiquiátrica corresponde a um novo paradigma teórico e assistencial na área da saúde mental visto que define e conforma um novo desenho de objeto: o sujeito com transtorno mental mas que não necessita de interdição. Define também novos instrumentos, como as instituições abertas e comunitárias, e relações de poder horizontalizadas e trabalho em equipe que inclui o sujeito com transtorno mental, sua família e sua comunidade (Oliveira e Alessi, 2005).

Bisneto (2005), concorda com os autores ao afirmar que a Reforma Psiquiátrica representa um grande avanço nas ações de Saúde Mental, pois o movimento dá ênfase na importância da reabilitação social das pessoas com sofrimento mental, ressaltando assim a necessidade do estabelecimento de uma cidadania efetiva para os usuários da rede de Saúde Mental. Para o autor, os aspectos sociais são fundamentais para que haja um serviço de assistência integralizado.

Concordamos com a opinião dos autores sobre a importância da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no entanto, sabemos que apesar dos avanços, há ainda muitos desafios a serem enfrentados em seu processo de implantação, processo, esse, contínuo de luta pela cidadania da pessoa com transtorno mental.

Rosa (2011), aponta um desses desafios ao afirmar que no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica difundiu-se de forma desigual pelo território nacional. Segundo ela, o Movimento teve sua ação concentrada e centralizada na Região Sudeste, onde destacou-se com as experiências em serviços substitutivos. Contudo, em grande parte dos estados brasileiros, principalmente das regiões norte e nordeste, o processo de implantação da Reforma Psiquiátrica tem se dado principalmente pelas ações e normatizações do Estado.

Bisneto (2005) também faz uma crítica aos desafios na implantação do Movimento ao afirmar que

O Movimento de Reforma Psiquiátrica se encontra preso pela armadilha do neoliberalismo, em que a diminuição de serviços hospitalares acabou por arrefecer a

oferta de atenção, visando diminuir custos, enquanto o propugnado é a substituição por serviços extra-hospitalares (não asilares). (BISNETO, 2005, p. 115)

Com isso entendemos que a política neoliberal brasileira, com a finalidade de reduzir custos, diminui os leitos hospitalares, mas, não investe nos serviços substitutivos, conforme o que é preconizado. O resultado disso é o aumento da demanda e a precariedade dos serviços de saúde mental, o que faz com que a Reforma Psiquiátrica não se concretize no país.

Diante do que foi apresentado, compreendemos a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um importante movimento na busca pela cidadania da pessoa com transtorno mental. Também entendemos que ainda são muitos os desafios existentes para a sua total efetivação no país. Apesar dos desafios, não podemos deixar de reconhecer as conquistas já alcançadas pelo Movimento, sendo uma das mais importantes, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, assunto que vamos abordar a seguir.

2.3 A assistência em saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial

Como já falado no tópico anterior, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe um modelo de atenção em saúde mental substitutivo ao modelo asilar com a gradual substituição dos serviços hospitalares pelos serviços extra-hospitalares de base aberta e comunitária.

Desde o início do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, muito se avançou no país no que diz respeito à assistência em saúde mental. Hoje o modelo de tratamento tem como principal objetivo a reinserção na família e na comunidade. Este modelo de tratamento possui uma rede de diversos serviços e equipamentos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), os Centros de Convivência, os Ambulatórios de Saúde Mental e os Hospitais Gerais (BRASIL, 2005). Apesar de focarmos nesse estudo apenas os CAPS's, consideramos importante identificar esses outros equipamentos que também fazem parte da rede de assistência à saúde mental.

Entre os diversos serviços e equipamentos substitutivos citados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) são a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. Foi o surgimento destes serviços que demonstrou ser possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. A portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CAPS's têm como principais funções prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (BRASIL, 2005).

É importante ressaltar que o CAPS deve ser um serviço substitutivo, e não complementar ao hospital psiquiátrico. É da competência dos CAPS's o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2005). Entendemos com isso, que os CAPS's promovem a autonomia do usuário ao propor a ele a responsabilização e o protagonismo em todo o processo do seu tratamento.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de muitos outros, como vimos, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente dos trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, ainda o único recurso destinado aos usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Foi nesse contexto que os serviços de saúde mental surgiram em vários municípios e foram se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS's/CAPS's foram criados oficialmente a partir da Portaria SNAS n° 224 de 29 de janeiro de 1992 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita 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 quatro horas, por equipe multiprofissional”. (BRASIL, 2004). A Portaria 224/92 regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental, dentre eles os novos serviços de atenção diária, no entanto, não instituiu uma linha específica de financiamento para os NAPS's/CAPS's (BRASIL, 2005).

Hoje os CAPS's e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país são regulamentados pela Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS's, que têm a missão de oferecer um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num determinado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as

internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, todo o trabalho desenvolvido nos CAPS's tem finalidade terapêutica, isto é, de tratamento. Nos CAPS's são oferecidos vários tipos de atividades terapêuticas, como por exemplo, a psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atividades comunitárias, atendimento domiciliar e aos familiares. (BRASIL, 2004).

Os CAPS's se diferenciam quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas e também quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004). Também, no país, são organizados de acordo com o perfil populacional de seus municípios. Assim, os CAPS's se diferenciam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

O CAPS I é de menor porte e oferece atendimento a municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes, o que corresponde a 19% dos municípios brasileiros. Conta com uma equipe mínima de 9 profissionais de nível médio e nível superior, que atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tem capacidade para atender cerca de 240 pessoas por mês e funciona durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

O CAPS II é de médio porte e atende a municípios com mais de 50 mil habitantes, o correspondente a 10% dos municípios brasileiros. Atende adultos com transtornos mentais severos e persistentes e tem uma equipe mínima de 12 profissionais de nível médio e nível superior. Tem capacidade para atender cerca de 360 pessoas por mês e funciona durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

O CAPS III é o de maior porte e tem capacidade para atender aos municípios com mais 200 mil habitantes. Essas grandes cidades, representam 0,63% dos municípios brasileiros. Os CAPS's III são de grande complexidade. Têm no máximo cinco leitos e realizam, quando necessário, acolhimento noturno. Devem contar com no mínimo 16 profissionais, de nível médio e nível superior, além de equipe noturna e de final de semana. Têm capacidade para atender cerca de 450 pessoas por mês e funcionam 24 horas em todos os dias da semana e em feriados (BRASIL, 2005).

O CAPSi é especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e atende municípios com mais de 20 mil habitantes. Tem uma equipe mínima de 11

profissionais de nível médio e de nível superior e atende cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Funciona durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

O CAPSad é especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Tem capacidade para atender municípios com mais de 20 mil habitantes, ou municípios de fronteira, ou que sejam rota de tráfico de drogas e que possuam cenário epistemológicos importantes e, por isso, necessitem deste serviço para atender de forma eficaz às demandas de saúde mental. Tem capacidade para acompanhar cerca de 240 pessoas por mês e conta com uma equipe mínima de 13 profissionais de nível médio e nível superior. Funciona durante os cinco dias úteis da semana (BRASIL, 2005).

O CAPSad III 24 horas é específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. Seu público específico são os adultos, mas também pode atender crianças e adolescentes, desde que observadas as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Deve funcionar 24 horas em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2015).

No que se refere às pessoas que trabalham nos CAPS's, são profissionais de diversas formações e que integram uma equipe multiprofissional. É um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS's. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS's contam ainda com equipes de cozinha e de limpeza (BRASIL, 2004).

Já com relação às suas finalidades, segundo Luzio (2011), os CAPS's devem fazer articulação com todas as instâncias de cuidados em Saúde Mental, desenvolvidas na atenção básica em saúde, na rede de ambulatórios, nos hospitais, assim como as atividades de suporte social, como trabalho protegido, lazer, lares abrigados e atendimento das questões previdenciárias e de outros direitos. Como bem considera Yasui (2006):

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2006, p. 107).

Assim, entendemos que o CAPS, como um serviço de atenção psicossocial, deve estar articulado e integrado não somente com a rede de saúde, mas, também com redes sociais e assistenciais, para oferecer a atenção e o cuidado às pessoas com transtorno mental e a seus familiares.

Segundo o Ministério da Saúde, outra finalidade dos CAPS's é realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social de seus usuários. Essa reinserção social é realizada através do acesso ao trabalho, lazer, prática dos direitos civis e fortalecimento dos laços com a família e com a comunidade (BRASIL, 2004).

Para Rabelo et al. (2005), a reabilitação psicossocial pretendida pelos CAPS's não se trata apenas de preparar a pessoa com transtorno mental para viver melhor na comunidade, mas também de preparar a comunidade para conviver com as minorias ou os diferentes sociais. Segundo os autores, essa é a função comunitária e social dos CAPS's.

Os CAPS's têm uma importância inquestionável na construção de um novo modelo de cuidado dos usuários da Saúde Mental. Esses serviços têm possibilitado a diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos, a melhoria das condições de vida de seus usuários, a criação de novas práticas de cuidado, além de produzirem rupturas na hegemonia do modelo manicomial. Enfim, os CAPS's têm contribuído para que seja definido um novo lugar social para a loucura (LUZIO, 2011).

A autora, contudo, pondera que, o CAPS, para ser de fato um dispositivo estratégico na construção do modelo da Atenção Psicossocial, não deve ser somente mais um serviço de Saúde Mental, que sirva como gerador de novas receitas para o município. Por isso, é preciso analisar como esse serviço se organiza para atender seus objetivos essenciais.

Diante de tudo que foi exposto, reconhecemos o CAPS como um serviço de grande importância da rede de assistência em saúde mental do Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, a implantação dos serviços de atenção diária vem mudando radicalmente o cenário de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no país (BRASIL, 2005).

Concordamos que a partir do início do processo de implantação dos CAPS's a assistência em saúde mental no Brasil teve grandes avanços. Como sendo um serviço de base aberta e comunitária, proporciona a inclusão social e familiar de seus usuários, o que é primordial para a cidadania e ampliação dos direitos dos mesmos. O funcionamento dos CAPS's também mostra ser possível uma rede de atendimento em saúde mental substitutiva ao modelo asilar, hospitalocêntrico, modelo esse, que tanto promoveu maus tratos e exclusão social às pessoas com transtornos mentais.

Realmente se avançou, mas não o suficiente. Sabemos que apesar de todas as conquistas e de todos os avanços o atual modelo de saúde mental ainda não é o ideal. A política econômica neoliberal do país vem reduzindo drasticamente as verbas que deveriam ser direcionadas para a saúde. O que vemos nesse cenário é uma crescente redução dos direitos sociais. Com o discurso de se estar efetivando a Reforma Psiquiátrica o governo reduz leitos nos hospitais, mas não investe na criação dos serviços substitutivos como os CAPS's. Assim, a pessoa com transtorno mental e seus familiares sofrem por não ter efetivado o direito a um atendimento digno e de qualidade em saúde mental.

No próximo capítulo abordaremos a relação família e pessoa com transtorno mental. Faremos uma breve contextualização de como se deu essa relação ao longo da história, de como foi o processo de inclusão da mesma no tratamento da pessoa com transtorno mental e também abordaremos como a família acompanha o tratamento terapêutico do sujeito com transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial.

3 A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Nesse capítulo trataremos da família da pessoa com transtorno mental e sua inclusão no processo de tratamento terapêutico de seu familiar. Se hoje a família é vista como parceira no tratamento da pessoa com transtorno mental, nem sempre ela foi vista dessa forma. Abordaremos as mudanças ocorridas na relação família e pessoa com transtorno mental ao longo dos anos até se chegar aos dias atuais. Falaremos como se deu a inclusão da família no processo de tratamento da pessoa com transtorno mental e também no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial.

3.1 A família e a pessoa com transtorno mental: as transformações ocorridas nessa relação ao longo da história

A família é uma instituição social que, ao longo da história, vem passando por transformações influenciadas por fatores socioculturais, econômicos e religiosos. Assim, é importante compreendê-la como um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado, estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco, consanguíneo ou não, condicionados pelos valores sociais, econômicos e culturais predominantes em um dado contexto histórico, geográfico e cultural (BRASIL, 2013).

Losacco (2010), nos fala dos novos arranjos e das novas configurações familiares nos dias atuais, segundo ela, a família não é mais aquela constituída exclusivamente pelo casamento formal e, hoje, está diversificada e pode ser formada tanto pelo casamento civil ou religioso, tanto pela união estável, tanto por grupos constituídos por qualquer um dos pais ou ascendentes e seus filhos, netos ou sobrinhos, tanto por mãe solteira e ainda pela união homoafetiva.

Diante de todas essas transformações a família, historicamente, também passou por mudanças em seu conceito. Para Losacco (2010), família é

[...] a célula do organismo social que fundamenta uma sociedade. *Locus nascendi* das histórias pessoais, é a instância predominantemente responsável pela sobrevivência de seus componentes; lugar de pertencimento, de questionamentos; instituição responsável pela socialização, pela introjeção de valores e pela formação de identidade; espaço privado que se relaciona com o espaço público (LOSACCO, 2010, p. 64).

Para a autora esse novo conceito é mais baseado no afeto do que nas relações consanguíneas, de parentesco ou casamento. A família hoje é construída por pessoas

interdependentes que giram em torno de um centro comum. Ainda segundo a autora, seja qual for a configuração da família, suas estruturas são reproduções das dinâmicas sócio-históricas existentes. “Assim, movimentos da divisão social do trabalho, modificações nas relações entre trabalhador e empregador, bem como o desemprego, estão presentes e influenciam seu sentido e direção.” (LOSACCO, 2010, p. 64).

Sawaia (2010) afirma que houve diversas tentativas e previsões sobre o desaparecimento da instituição familiar que não se concretizaram e a família permanece sendo a mediação entre o indivíduo e a sociedade, sendo, inclusive, enaltecida nos dias atuais. “Apesar dos conflitos, a família no entanto é “única” em seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem-estar físico dos indivíduos [...]”. (PRADO, 2013, p. 13). Para a autora os aspectos positivos da família enquanto instituição social é o de ser núcleo afetivo, de apoio e de solidariedade.

Entendemos que, embora complexa, a família continua sendo uma instituição de grande importância tanto para seus membros como para a sociedade em geral. Hoje, na área da Saúde Mental a família é chamada a se envolver no tratamento terapêutico da pessoa com transtorno mental. Nesse caso, o apoio familiar à este sujeito é visto como sendo de grande importância no seu tratamento e considera-se a família uma parceira tanto na adesão como no incentivo à manutenção do tratamento. Mas nem sempre a relação entre a família e a pessoa com transtorno mental foi assim. Essa relação foi sendo historicamente construída e sofreu grandes transformações. Vamos abordar as principais mudanças ocorridas.

Castel *apud* Rosa (2011) afirma que “nas sociedades pré-capitalistas, o louco e a loucura eram questões remetidas à competência da família. Na sua inexistência ou na sua impossibilidade de controlar o louco, tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei.” (CASTEL, 1978 *apud* ROSA, 2011, p. 41)

Assim, com a chegada da sociedade burguesa o louco colocou em perigo seu princípio essencial, a razão. Como já falado no capítulo anterior, para resolver esse problema a burguesia delegou mandato à psiquiatria que, por sua vez, promoveu a exclusão social do louco pela internação psiquiátrica. Foi assim que se mudou o status do louco para “doente mental” e uma outra relação foi construída entre ele e sua família (Rosa, 2011).

Segundo Fleming (1976), Esquirol, discípulo de Pinel, defendia o isolamento do louco no asilo como meio terapêutico e o tratamento moral como forma de recuperar a razão. Nesse contexto, a Psiquiatria Alienista também abordou a relação entre o louco e sua família. Rosa (2011), afirma que por meio das ideias de Esquirol, o alienismo procurou justificar de forma científica o isolamento do louco, e, o distanciamento entre este e sua família passou a ser

considerado terapêutico. Ainda segundo a autora, havia o pensamento paradoxo de que a família estava sob a ameaça de alienação e, devido a isso, precisava ser protegida e o isolamento do louco deveria acontecer porque a alienação mental provinha da família.

Rosa (2011), afirma que o alienismo considerava a loucura como “doença mental”, cuja origem vinha de afetos e impulsos interiores inadequados ao modelo normativo. E esse conflito entre os impulsos e a vontade estaria tanto presente como estimulado na família. Sendo considerado indisciplinado, o louco no asilo seria reeducado para controlar seus impulsos. Ainda, por outro lado, segundo a autora, a exclusão do alienado era também uma prevenção moral, pois, considerado um indisciplinado ele era visto como sendo perigoso para a estrutura familiar. A autora acrescenta que

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade (Rosa 2011, p. 52).

Segundo Spadini e Souza (2006), nas origens da psiquiatria a família da pessoa com transtorno mental não a acompanhava e permanecia completamente alheia ao seu tratamento, já que a relação família e pessoa com transtorno mental era subsidiada pela regra da exclusão, sendo a família considerada uma das causas para a loucura de seu familiar.

Compreendemos que visando atender aos interesses da sociedade burguesa da época, a psiquiatria se apropriou da relação família e pessoa com transtorno mental, determinando o isolamento desta tanto da sociedade como de seu meio familiar, com o discurso de que esse isolamento era necessário para seu cura e uma forma de proteger tanto a ela como também sua família e a sociedade em geral. Dessa forma, por séculos a cura e a assistência do louco foram delegados à psiquiatria e às instituições asilares, o que mostra que a exclusão está há muito tempo presente na vida das pessoas com transtorno mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, no período denominado pós-guerra, as pesquisas no campo “psi” sobre a família, a responsabilizavam pelo adoecimento mental de seu familiar (Rosa, 2011). Segundo a autora, com o advento da Psicanálise, Freud destacava a importância da relação familiar sobre o psiquismo de seus clientes, identificando que a maneira como os pais educavam seus filhos determinava a doença mental. Assim, a psiquiatria culpava a família pelo adoecimento psíquico do louco.

Rosa (2011), afirma que a partir de 1950 a intervenção sobre a família, que antes era baseada no relato do enfermo, passou a ocorrer direta em seu meio e, dando destaque ao papel

da mãe, afirmava que a relação mãe-filho propiciava a patologia mental. “Além de ser colocada como um agente patológico, a família começa a ser culpabilizada pela esquizofrenia⁷, sobressaindo a figura da mãe como principal promotora da enfermidade.” (ROSA, 2011, p. 61).

Na época existiam diferentes correntes teóricas que tentavam explicar a doença mental e a antipsiquiatria também via na família a origem dessa enfermidade. Segundo Heidrich (2007), para a antipsiquiatria a loucura era vista como um fato social e a família se tornou uma categoria central para sua compreensão. Assim, para a antipsiquiatria, o discurso do louco denunciava uma desordem existente no ambiente familiar.

Bock, Furtado e Teixeira (1999), também afirmam que a antipsiquiatria considerava que as causas do comportamento do louco estavam em seu ambiente social e, portanto, a estrutura familiar era vista como um dos fatores desencadeantes ou determinantes do sofrimento mental do indivíduo.

Rosa (2002), reconhece o que o movimento antipsiquiátrico representou e ainda representa como um movimento de contestação e denúncia à psiquiatria clássica, porém faz uma crítica à abordagem que essa corrente teórica fez da relação família e pessoa com transtorno mental. Para a autora, a antipsiquiatria parece ter sido uma das correntes que, de maneira mais explícita, culpabilizou a família pelo surgimento do transtorno mental.

Rosa (2011), fala também da abordagem basagliana em relação à família. Segundo ela, ao buscar a reinserção social da pessoa com transtorno mental, a perspectiva basagliana tinha uma visão mais abrangente e totalizante da família e a percebia de uma maneira positiva, com suas possibilidades, potencialidades e recursos.

Foi a partir dos anos 1970 que a família ganhou uma outra visibilidade, tanto nos países do Primeiro Mundo como no Brasil, isso em decorrência da crise fiscal do Estado no Primeiro Mundo, da reorientação das políticas públicas pelo neoliberalismo e da diminuição do Welfare State. Com essas mudanças socioeconômicas e políticas muitas responsabilidades sociais que antes eram do Estado, foram delegadas à família. Esta, então, se viu sobrecarregada frente à crise econômica que, inclusive, causou desemprego a seus integrantes (Rosa, 2011).

Assim, mais uma vez o papel da família foi redefinido de acordo com os interesses da sociedade burguesa. Com a desassistência do Estado em relação a pessoa com transtorno mental, a função do cuidado passou a ser da família. Rosa (2011) fala das mudanças ocorridas na relação entre a família e a pessoa com transtorno mental:

⁷ Transtorno mental que se caracteriza pela perda do contato com a realidade.

A relação da família com o PTM teoricamente passou por vários estágios. Sofreu inflexões decorrentes do desenvolvimento e à evolução dos saberes “psi”, mas também esteve sujeita às variações conjunturais em cada realidade sócio-histórica e cultural. Acompanhou o movimento do próprio capitalismo em cada formação social (ROSA, 2011, p. 78 e 79).

A família, como importante instituição social, sempre esteve presente nos debates teóricos que buscavam entender e determinar seu papel na sociedade, papel esse que foi passando por transformações de acordo com os fatores econômicos, culturais e sociais de cada época.

A determinação do cuidado da pessoa com transtorno mental por parte da família causou grande impacto em sua estrutura. Segundo Rosa (2011), o cuidado doméstico com a pessoa com transtorno mental trouxe um grande peso para a família do meio urbano, que já estava bastante penalizada pelas mudanças de ordem demográfica e econômica que vinha sofrendo. Situação esse que se tornou mais grave com a desassistência do Estado à pessoa com mental.

Com o início do processo da Reforma Psiquiátrica mais uma vez o papel da família da pessoa com transtorno mental foi redefinido e ela passou a ser vista como parceira, sendo chamada a participar no processo de tratamento de seu familiar com transtorno mental.

Essa nova abordagem em relação à família da pessoa com transtorno mental também é reflexo da centralidade que esse grupo passou a ocupar no Estado, que vem abrangendo a família em muitas de suas intervenções. Acosta e Vitale (2010) afirmam que

Pensar e repensar a família é uma exigência. A família tem sido percebida como base estratégica para a condução de políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a garantia de direitos. Nos últimos anos, observou-se uma proliferação de programas e projetos dirigidos ao atendimento das famílias (ACOSTA E VITALE, 2010, p. 11).

Nesse sentido, a família tem sido considerada importante para o Estado, principalmente, na condução de políticas públicas. Ultimamente no Brasil, na esfera estatal, vários programas são voltados para as famílias, prova de que, em várias áreas, ações de intervenção do governo têm se voltado menos para o indivíduo e mais para a família. As autoras, contudo, ponderam que a família não pode ser vista somente como estratégia na condução de tais políticas. É necessário que essas iniciativas contribuam, entre outras coisas, para o processo de inclusão e proteção social dessas famílias.

Complementando este debate, Carvalho (2010) diz que essa relação entre a família e as políticas públicas tem várias dimensões e uma delas deve-se à semelhança de funções das duas, pois, “(...) ambas visam dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob

sua tutela”. (CARVALHO, 2010, p. 267). Segundo a autora, quem se ocupava quase que exclusivamente dessas funções nas comunidades tradicionais era a família, já nas comunidades da contemporaneidade tais funções são compartilhadas com o Estado pelo caminho das políticas públicas.

Um exemplo dessa relação do Estado com a família é na área da saúde mental brasileira. O Ministério da Saúde afirma que os familiares são de grande importância no tratamento da pessoa com transtorno mental e que um dos objetivos dos CAPS's - um dos principais serviços alternativos não asilares - é incentivar a participação familiar no dia a dia dos serviços. Essa participação acontece quando a família incentiva o usuário a aderir ao tratamento e também quando a mesma participa diretamente das atividades do serviço. Os CAPS's consideram a família como parceira no tratamento dos usuários (BRASIL, 2004).

Esse protagonismo da família no acompanhamento do tratamento da pessoa com transtorno mental deve-se ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já citamos. Com a progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico pelo modelo de assistência de base aberta e comunitária, onde se começou a reduzir os leitos nos hospitais psiquiátricos e a se criar os CAPS's, o cuidado da pessoa com transtorno mental foi transferido para a família. Ressaltando que a Reforma Psiquiátrica tem como um de seus principais objetivos a reinserção da pessoa com transtorno mental na comunidade e na família, visto que também agora o louco é considerado um cidadão de direitos, que deve receber um tratamento humanizado, de preferência, fora do hospital psiquiátrico.

Segundo Duarte (2008), a cidadania do louco no Brasil deveu-se ao contexto de retomada da democracia que ampliou o conceito de cidadania, elevando à condição de cidadãos diversos grupos minoritários, como por exemplo: os negros, os índios, as crianças, os idosos e, entre eles, os loucos. O autor também fala sobre o processo de participação da família no processo de tratamento da pessoa com transtorno mental, segundo ele,

[...] visando uma melhor eficácia do processo de inclusão do então *cidadão* portador de sofrimento mental, surgiu a necessidade de convocar, para o auxílio no processo de inclusão do sujeito louco sob novo *status*, a participação daquele que Foucault considera como um *segmento privilegiado* para obter alguma coisa da população: a família (DUARTE, 2008, p. 97).

Em relação à família, o contexto de inclusão social da pessoa com transtorno mental trouxe uma relevante particularidade: antes de ser incluído na sociedade, o louco deveria ser incluído na própria família. Nessa direção, a nova democracia brasileira ajudou na configuração da necessidade de se falar na reinserção sociofamiliar do louco e não apenas na reinserção social

deste. Assim, para promover ao mesmo tempo a inclusão do louco na família e na sociedade, se recorreu à estratégia de utilização da família na sua dimensão instrumental, designando-a para ajudar na reinserção social da pessoa com transtorno mental (Duarte, 2008).

Contribuindo com esse debate, Pimenta (2008) também aborda a questão da inserção do considerado louco em sua família:

Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, agora é inserido nesse grupo a partir do qual pode receber subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante deste novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível para a reinserção social do portador de transtorno mental (PIMENTA, 2008, p. 56).

Nesse novo contexto, a família é responsabilizada pela reinserção social da pessoa com transtorno mental e tal responsabilização não deixa de lhe trazer um grande encargo, principalmente, porque, na maioria das vezes, ela não tem suporte para isso e nem o recebe por parte do Estado.

Rosa (2011), também fala desse novo papel imposto à família da pessoa com transtorno mental. Segundo ela, a família passou a ser vista como provedora de cuidado, desde que a atuação dos serviços de saúde mental passaram a ocorrer somente nos momentos de crise, tratando, mas não prestando cuidados contínuos. A autora também afirma que nesse contexto “a família é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social”. (ROSA, 2011, p. 81)

Ainda com relação ao provimento de cuidados da pessoa com transtorno mental, Rosa (2011) afirma que a mulher é tradicionalmente a principal provedora de cuidado. Tal papel está apoiado na divisão sexual do trabalho, em que a sociedade burguesa atribui à mulher, dentro do âmbito doméstico, as funções de educadora e cuidadora (Rosa, 2002). Com a obrigação dessa mulher em ser lançada no mercado de trabalho, o seu papel de cuidadora é dificultado, fato que levou a família a procurar dividir com o Estado o trabalho do provimento de cuidados à pessoa com transtorno mental. Nesse sentido, para a autora, o hospital psiquiátrico cumpre a função de **refúgio nos períodos de sofrimento, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seu membro com problemas mentais** (grifo do autor). (VASCONCELOS, 1992b *apud* ROSA, 2011, p. 82)

Conforme citado, como corresponsável pelo cuidado da pessoa com transtorno mental, a família enfrenta um grande encargo, o que lhe traz muitas dificuldades. A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992, deu enfoque às dificuldades enfrentadas pela família da pessoa com transtorno mental e uma das suas recomendações foi “evitar culpabilizar

o usuário e sua família, e promover o atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social”, conforme delimitado em seu relatório final (BRASIL, 1994).

Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, buscou-se afirmar a importância da família como aliada no novo modelo de atenção dado à pessoa com transtorno mental, tendo esse modelo a família como suporte nos serviços através do cuidado domiciliar (PIMENTA, 2008).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira trouxe grandes contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado da pessoa com transtorno mental. Antes da sua implementação, como já abordado, a forma de tratamento disponível para as pessoas com transtorno mental era baseada no isolamento e na exclusão, sendo tais sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não se investia na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, uma vez que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente (BRASIL, 2013).

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando conjuntamente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção (BRASIL, 2005). É dentro dessa perspectiva que a família é requisitada como parceira dos novos serviços e passa a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar com transtorno mental (BRASIL, 2013).

Desse modo, se almeja não simplesmente a transferência da pessoa com transtorno mental para fora dos muros do hospital, entregando-a aos cuidados de quem puder assisti-la ou entregando-a à própria sorte. O que se espera é o resgate de sua cidadania. Contudo, é fundamental considerar que a provisão de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental é um trabalho complexo, que historicamente foi retirado da família e agora lhe está sendo restituído. Tal cuidado requer esforço, disponibilidade, compreensão, capacitação mínima, inclusive para os cuidadores encontrarem estratégias para lidar com sentimentos de impotência, culpa e frustração, ou seja, com suas próprias emoções (BRASIL, 2013).

Entendemos que no novo contexto de atenção em saúde mental a família é concebida e instituída como cuidadora da pessoa com transtorno mental. No entanto, para exercer tal papel o cuidador, nesse caso a família, também precisa de cuidados e de suporte, uma vez que, conforme exposto, não é uma tarefa fácil.

Sabemos que, embora o movimento da Reforma Psiquiátrica tenha contribuído para essa nova percepção da família no campo da saúde mental, essa também é uma estratégia da nova ordem democrática brasileira, que ao utilizar a família como um instrumento de inclusão da

pessoa com transtorno mental na sociedade, conseqüentemente, também a usa para exercer o papel de controle social. Com o fechamento gradual dos hospitais psiquiátricos e a insuficiência dos serviços substitutivos em atender à grande demanda existente, a família se viu obrigada a cuidar do seu familiar com transtorno mental, que, conforme vimos, se trata de um cuidado, em sua maior parte, difícil e que, muitas vezes, a família não está preparada para exercê-lo. Assim, na omissão do Estado neoliberal, que reduz leitos psiquiátricos mas não investe na criação suficiente de serviços substitutivos, a família da pessoa com transtorno mental encontra dificuldades frente ao seu novo papel.

Em seguida abordaremos como se dá a inclusão da família no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial.

3.2 A inclusão da família no dia a dia dos Centros de Atenção Psicossocial

A Reforma Psiquiátrica é um processo que tem um projeto de perspectiva democrática e participativa. Os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS's e de outros serviços substitutivos são protagonistas nesse processo. É um protagonismo insubstituível. Esse processo da Reforma Psiquiátrica, e também o processo de consolidação do SUS, só pode ser realizado a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS. Afinal, se trata do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental (BRASIL, 2005).

Hoje, em quase todo o país, existem associações de usuários e familiares de saúde mental. No entanto, foi nos anos 1990, que as experiências de usuários e seus familiares passaram a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica. Organizados em associações, usuários e familiares passaram a relatar suas vivências, discutir os equipamentos de saúde e a incutir uma discussão no campo da Reforma Psiquiátrica. Usuários e familiares passaram, então, a entrar na cena política, e empoderaram-se como atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços (BRASIL, 2005).

No entanto, a participação dos usuários e seus familiares não se dá somente nas instâncias previstas pela estrutura do SUS. Mas é no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, que familiares e usuários vêm conseguindo garantir seus direitos, se apoiar mutuamente e causar mudanças nas políticas públicas e na cultura de exclusão do louco da sociedade (BRASIL, 2005).

Conforme vimos, o Ministério da Saúde considera a família e seu familiar com transtorno mental protagonistas na construção da rede substitutiva de serviços de saúde mental. Nesse perspectiva, tais serviços convidam os familiares de seus usuários a também participarem de seu cotidiano. A família, ao acompanhar o tratamento de seu familiar dentro dos serviços substitutivos, também pode e deve exercer seu papel político de luta por um serviço de qualidade. Como nosso estudo, dentre os serviços substitutivos, dá um enfoque maior nos Centros de Atenção Psicossocial, abordaremos, de forma bem sucinta, como acontece a inclusão da família da pessoa com transtorno mental nos CAPS's.

O Ministério da Saúde afirma ser um dos objetivos do CAPS, incentivar as famílias a participarem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Por serem, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo, os familiares são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS's. A família pode participar do Serviço, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando de forma direta das atividades do CAPS, tanto internas como externas. Os CAPS's consideram os familiares como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004).

Também a presença no atendimento oferecido aos familiares e nas assembleias e reuniões, trazendo dúvidas e sugestões, são uma forma das famílias participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS's e passarem a se envolver de maneira ativa no processo de tratamento terapêutico. Os familiares também têm criado associações com outros familiares, que se constituem em um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos (BRASIL, 2004).

Para Mielke et al. (2010), é importante que as equipes profissionais dos serviços substitutivos desenvolvam estratégias de inserção da família no cuidado. Segundo os autores, estudos realizados em CAPS's demonstram que as equipes têm utilizado como estratégia de inserção dos familiares no cuidado em saúde mental, espaços como grupo terapêuticos de famílias, atendimento individual por qualquer profissional do serviço, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Ainda na opinião dos autores, na atenção psicossocial não se deve esperar que a família simplesmente conviva com seu familiar com transtorno mental, mas que seja compreendida em suas dificuldades para lidar com essa situação. O que se espera, nesse sentido, é uma corresponsabilização entre os todos envolvidos no atendimento, ou seja, usuários, familiares, equipe e comunidade, para assim transpor os momentos de aflição.

Pinho, Hernández e Kantorski (2010) contribuem no debate afirmando que no contexto de transformações da assistência em saúde mental, uma instituição que tem como proposta a

inserção da família dentro de suas práticas e serviços, está responsabilizando-se por ela como se fosse uma extensão das relações sociais dos usuários. Então, acolher e incluir esses usuários, bem como seus familiares, é o primeiro passo em direção ao redimensionamento do cuidado em saúde mental no interior dos serviços.

Diante do que foi apresentado, entendemos que a participação da família nos Centros de Atenção Psicossocial vai muito além do acompanhamento de um familiar a uma consulta ou do incentivo para que ele se envolva em seu tratamento. Os CAPS's têm a família como parceira e aliada no tratamento da pessoa com transtorno mental e a convidam a participar diretamente de suas atividades. Consideramos importante essa inclusão e participação dos familiares nos CAPS's como parte do processo de reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental e também como forma desses familiares, ao participarem de reuniões, conselhos e associações, lutarem pela efetivação dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Contudo, é necessário que, antes de tudo, esses serviços estejam preparados para dar suporte e acolher não só os usuários, mas também seus familiares cuidadores e que busquem mais estratégias para abrangê-los. Familiares, esses, que, muitas vezes, chegam tão fragilizados e sofridos à instituição e precisam ser acolhidos, ouvidos e também cuidados para que tenham condições de cuidar. Essa é uma das formas de contribuição para que o processo da Reforma Psiquiátrica possa avançar na busca por sua real efetivação e também para que atinja, no dia a dia dos serviços, um de seus principais objetivos, a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental.

Sendo a família tão importante para os serviços substitutivos, como os CAPS's, e também no processo de tratamento da pessoa com transtorno mental, consideramos importante ouvir um pouco das vivências dos familiares dos usuários do CAPS Geral Regional VI e as percepções que esses familiares têm com relação ao tratamento de seu familiar na Instituição. Tais vivências e percepções serão relatadas e analisadas no próximo capítulo.

4 AS PERCEPÇÕES VIVIDAS PELOS FAMILIARES QUE ACOMPANHAM O TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO CAPS GERAL REGIONAL VI

O presente capítulo tem como objetivo principal mostrar as percepções do familiar que acompanha o tratamento da pessoa com transtorno mental no CAPS Geral Regional VI, a partir das informações coletadas na pesquisa de campo por meio de entrevistas semiestruturadas. Deste modo, ao longo deste capítulo buscamos discutir como se dá o acompanhamento da família no processo de tratamento das pessoas com transtornos mentais assim como compreender a percepção da mesma em relação a esse acompanhamento.

As entrevistas foram realizadas com quatro familiares de usuários do CAPS Geral Regional VI que fazem o acompanhamento do tratamento terapêutico deles, sendo três desses familiares os cuidadores principais da pessoa com transtorno mental. Esclarecemos que as falas dos entrevistados foram transcritas de maneira fidedigna e, que, seguindo os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, as identidades dos sujeitos entrevistados foram preservadas, em que utilizamos nomes fictícios escolhidos por eles no início da entrevista. Utilizamos também nomes fictícios quando os entrevistados se referem ao seu familiar com transtorno mental pelo nome do mesmo. A apresentação dos sujeitos foi definida pela ordem em que foram entrevistados.

Iniciamos o capítulo fazendo uma breve apresentação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral Regional VI), local onde realizamos a pesquisa de campo. Logo após, com a finalidade de sistematizar e analisar os dados coletados, apresentamos o perfil dos familiares entrevistados com informações como a idade, o grau de parentesco, a escolaridade, se trabalha ou não, entre outros, e, em seguida, categorizamos as falas dos sujeitos que nos auxiliem a compreender e analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtorno mental a partir das percepções de seus familiares.

4.1 Apresentando o *locus* da pesquisa: o CAPS Geral Regional VI

A cidade de Fortaleza possui hoje 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's) distribuídos nas seis Secretarias Regionais, sendo cinco deles CAPS II, um CAPS III, quatro CAPSad, dois CAPSad III e dois CAPSi (FORTALEZA, 2015). Meu⁸ campo de pesquisa foi o

⁸ Peço licença, mais uma vez, para me dirigir na primeira pessoa neste item que trata sobre a minha inserção em campo, enquanto pesquisadora.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral Regional VI). A Instituição é um serviço de atenção secundária à Saúde Mental que atua na Secretaria Regional VI da cidade de Fortaleza e se localiza na rua Manuel Castelo Branco, nº 700, no bairro de Messejana.

Algo que me chamou atenção na Instituição foi a sua estrutura física, que tem uma casa como local de funcionamento, o que difere bastante da estrutura física de outras instituições, como por exemplo, das dos hospitais psiquiátricos. Outro diferencial é o portão de entrada, que permanece sempre aberto, durante todo o horário de atendimento, também diferente dos hospitais psiquiátricos, que, geralmente, mantêm seus portões bem fechados.

Os Centros de Atenção Psicossocial se propõem mesmo a oferecer um atendimento diferenciado, que seja contrário ao modelo hospitalocêntrico. Segundo o Regimento Interno do CAPS Geral Regional VI, a Instituição tem como finalidade prestar atendimento diferenciado à pessoas com transtorno mental, sendo um serviço de atenção à saúde mental regido pela lógica antimanicomial. O documento afirma ainda, que o modelo de atendimento da Instituição sustenta-se no respeito aos direitos humanos e de cidadania. A seguir descreverei um pouco sobre a estrutura da Instituição, começando pela área externa, conforme imagem a seguir.



Figura 1. Fonte: Blog da Instituição⁹.

⁹ Disponível em: <<http://capsgeral06.blogspot.com.br>>. Acesso em: out.2015.

Verifiquei que a área externa é grande e bem arborizada. Nesse espaço tem o pátio de entrada, coberto por um telhado que é sustentado com colunas de madeira, onde ficam disponíveis várias cadeiras de plástico e também um bebedouro. É nesse pátio que grande parte dos usuários ficam aguardando atendimento. Esse espaço do pátio é bem quente e os usuários e familiares ficam expostos ao sol. Na continuação do pátio, tem um corredor estreito onde ficam algumas salas de atendimento. Já nos fundos da casa, tem uma pequena farmácia, dois banheiros para os usuários e, em anexo, duas salas para as oficinas e atendimentos em grupos.

Na área interna, logo na entrada, tem umas cadeiras de espera e mais à frente uma recepção com um balcão em formato de L. De um lado da recepção tem um jardim de inverno que torna o lugar bem agradável. Já do outro lado, tem uma sala bem pequena onde ficam os prontuários dos usuários. Essa sala, além de pequena, não tem nenhuma ventilação. Depois da recepção, tem um pequeno corredor com mais algumas salas de atendimento e a sala da coordenação, que acaba sendo também a sala onde funcionários se reúnem. Entrando mais para os fundos da casa tem os banheiros dos funcionários, a cozinha, utilizada para preparar a refeição dos usuários, e o refeitório. Considero o espaço interno pequeno, levando em consideração a demanda da Instituição, que é bem grande. Tanto é que, geralmente, só ficam ali as pessoas que vão confirmar ou marcar atendimento ou as que vão ser atendidas nas salas internas, as demais ficam na área externa. O espaço interno também é muito quente e tem pouca ventilação.

A Instituição iniciou suas atividades em junho de 2001, primeiramente, com as reuniões da equipe técnica e reconhecimento de seu campo de atuação através de atividades de planejamento, visitas as principais instituições da comunidade, reuniões com o setor de saúde da regional, grupos de estudos com os membros da equipe e diagnóstico situacional onde foram elaborados: estrutura da Instituição; definição de demanda e fluxo de atendimento (FORTALEZA, 2001).

A Instituição tem um blog na internet que fala um pouco de sua história. Segundo esse blog, durante sua trajetória, o CAPS Geral Regional VI realizou participações importantes na luta antimanicomial na cidade de Fortaleza, o que resultou na criação da 1ª Associação de usuários e familiares, assim como participação na criação de grupos de produção e comercialização solidárias.

O CAPS Geral Regional VI tem sua forma de atuação baseada nas determinações do Ministério da Saúde (Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992), do Estado (Lei Estadual nº 12.151 de 29 de

julho de 1993) e Município (Resolução nº 06 de 20 de março de 2001 do Conselho Municipal de Saúde). (CAPS GERAL REGIONAL VI - REGIMENTO INTERNO).

A Instituição trabalha com uma equipe multiprofissional composta por Assistente Social, Equipe de Enfermagem, Farmacêutico, Psiquiatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional e Pessoal de Apoio. Sendo caracterizado como CAPS II, sua rotina de atendimento é programada de maneira prévia, com horário de funcionamento das 08:00 às 17:00 horas, podendo os pacientes serem atendidos em Regime Ambulatorial ou em Hospitalidade Diurna (HD). (CAPS GERAL REGIONAL VI - REGIMENTO INTERNO).

Ainda segundo o Regimento Interno, as atividades realizadas na Instituição estruturam-se a partir da compreensão da promoção da saúde e são realizadas em dois níveis: o do atendimento Individual e do Coletivo (grupos e oficinas terapêuticas).

O perfil dos usuários da Instituição, são pessoas com: quadros psicóticos (alucinações, delírios, comportamento bizarro); agitação psicomotora ou violência física; euforia ou exaltação excessivas; tristeza constante grave; angústia constante grave; problemas emocionais constantes graves; ideias de suicídio ou autoagressividade; desorientação e confusão mental (de causas não-orgânicas); prostração; insônia importante; recusa alimentar ou de água; recusa de medicação psicotrópica prolongada e sintomas graves extrapiramidais da medicação psicotrópica (FORTALEZA, 2001).

Já com relação ao perfil socioeconômico, são usuários com transtornos mentais e suas famílias, em sua maioria de baixa renda, que solicitam, entre outras coisas, a concessão de vale-transporte, já que muitos são do regime HD e não tem condições de pagar transporte todos os dias para se dirigir à Instituição. Outros solicitam atendimento socioassistencial, como orientações para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC), do auxílio-doença ou da aposentadoria e outros solicitam orientações trabalhistas.

A Instituição enfrenta algumas dificuldades em seu funcionamento, sendo uma delas a falta de médicos psiquiatras e de medicamentos. Durante as entrevistas com os familiares a maioria relata essa situação, como veremos mais adiante. Outra dificuldade é que, apesar de ter uma sede própria, a Instituição funciona em um espaço alugado desde o ano de 2010, quando sua sede precisou passar por uma reforma, que até hoje não foi realizada.

Esse local alugado, que é essa casa adaptada onde hoje funciona a Instituição, apresentou problemas em sua estrutura física e, no segundo semestre de 2014, o serviço foi transferido para o local onde funcionava o Centro de Zoonoses de Messejana. Ao chegar lá, vários profissionais apresentaram sintomas de alergias e, devido a isso, houve uma intervenção da Vigilância Sanitária para que a Instituição saísse daquele local, já que não era um lugar apropriado para

seu funcionamento. O CAPS Geral Regional VI, então, foi transferido provisoriamente para a Unidade Básica de Saúde Melo Jaborandi, no bairro São Cristóvão. Eram duas instituições funcionando em um mesmo local, e o espaço, como era de se esperar, se tornou insuficiente para o funcionamento adequado das duas. Foi um período bem difícil. Acompanhei um pouco esses processos de mudanças, pois nesse período realizava o Estágio Supervisionado na Instituição. Nesse ano de 2015, O CAPS Geral Regional VI voltou a funcionar na rua Manuel Castelo Branco, após o local passar por algumas reformas.

Essas dificuldades de funcionamento não são somente da Instituição, mas é a realidade da maioria dos CAPS's de Fortaleza. Segundo a reportagem intitulada “Falta estrutura no apoio à saúde mental”, do jornal O Estado CE de 23 de junho de 2014, falta estrutura, sedes próprias, médicos e remédios nos CAPS's da cidade. Segundo o jornal, em maio de 2014 o Grupo de Trabalho de Saúde Mental da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Municipal de Fortaleza, apresentou um relatório que fala da falta de recursos destinados aos CAPS's e unidades de apoio, assim como de outros problemas. A reportagem afirma que com a divulgação do relatório houve a constatação de que, na capital cearense, a saúde mental está abandonada. Passado mais de um ano da divulgação desse relatório podemos perceber que a situação da saúde mental em Fortaleza pouco mudou e ainda permanece muito ruim.

4.1.1 A inserção no campo: um pouco da trajetória

Para que a pesquisa pudesse ser realizada, primeiro foi preciso a autorização da Prefeitura. Assim, no final de julho de 2015 entreguei meu Projeto de Pesquisa no órgão municipal responsável pela análise e autorização de realização de pesquisas com seres humanos na área da saúde. Foram algumas idas e vindas para, finalmente, receber a autorização, pois surgiram pendências documentais e correções a serem realizadas no Projeto. Depois de resolvidas essas pendências, no mês de setembro foi liberada a autorização.

O Projeto também precisou passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e surgiram algumas dificuldades nesse processo. Uma delas foi para inserir o Projeto na plataforma responsável por encaminhá-lo ao CEP. Como era a primeira vez que eu tinha contato com o sistema da plataforma, encontrei um pouco de dificuldade e demorei uns dias até finalmente conseguir inserir o Projeto de Pesquisa. Também surgiram algumas pendências e o Projeto voltou para que se adequasse às normas do Comitê. Demorou quase dois meses para que meu Projeto de Pesquisa fosse aprovado. Após esses dois processos dei início à pesquisa de campo.

Cheguei ao CAPS Geral Regional VI numa tarde de outubro de 2015 para iniciar a minha pesquisa. Naquele primeiro dia de inserção em campo, fui participar da reunião do grupo de Convivência Familiar que fiquei sabendo acontecer semanalmente na Instituição, no período da tarde. O grupo é facilitado por uma assistente social e uma psicóloga e é direcionado aos familiares dos usuários. Meu objetivo ao participar da reunião era já iniciar uma aproximação com os sujeitos da pesquisa que, acreditava eu, poderiam estar naquele grupo, já que todos os participantes eram familiares de usuários do CAPS Geral Regional VI. A partir daquele dia, compareci algumas outras vezes à Instituição. Nas primeiras vezes fiquei mais realizando a observação e, nas outras, já fui abordando os sujeitos da pesquisa para realizar as entrevistas.

Os dias em que estive na Instituição como pesquisadora foram bastante compensadores e valeu todo o esforço feito para estar ali. Encontrei funcionários bastante prestativos em ajudar, dentre os quais, a maior parte, já conhecia da época do estágio. Os usuários também foram bem receptivos. E não poderia deixar de citar os sujeitos da pesquisa, os familiares dos usuários, que se mostraram tão disponíveis em contribuir com esse estudo ao compartilhar suas vivências e percepções conosco. Em seguida, apresentamos os sujeitos pesquisados.

4.2 Conhecendo os sujeitos pesquisados

A primeira entrevistada foi a Sra. Márcia. Na manhã da entrevista ela estava acompanhando sua avó e sua tia (usuária da Instituição) em uma consulta com o psiquiatra. Ela tem 34 anos, cursou até o 6º ano do ensino fundamental e é dona de casa. Ela é a única das pessoas entrevistadas que não é a cuidadora principal do familiar com transtorno mental. No caso, ela é a sobrinha da usuária do CAPS, uma senhora de 56 anos. A cuidadora dessa senhora é a sua mãe (avó da Sra. Márcia) que também estava presente no dia. A minha primeira intenção foi de entrevistá-la, mas no momento da abordagem percebi que ela não escutava direito, foi quando sua neta (a Sra. Márcia) falou que, devido à idade avançada, 76 anos, sua avó estava com problemas de audição. Foi aí que ela se ofereceu para ser entrevistada, pois falou que embora não fosse a cuidadora principal da tia, a acompanhava bem de perto. No dia não havia nenhuma sala desocupada e a entrevista foi feita na área externa, em um local afastado das outras pessoas que se encontravam na Instituição. A Sra. Márcia se mostrou bem receptiva em responder às perguntas.

O segundo sujeito entrevistado foi o Sr. Nilo. Ele tem 70 anos, cursou até o 4º ano do ensino fundamental e é aposentado. O Sr. Nilo é o cuidador principal de sua filha, uma senhora de 40 anos. Ela faz acompanhamento no CAPS em regime de Hospitalidade Diurna (HD). O

Sr. Nilo mora com a esposa, essa filha e uma neta, que é filha dela. Além de cuidador da filha que tem transtorno mental, ele também cuida da esposa, que tem problemas de saúde. No dia da entrevista ele estava acompanhando a filha em um grupo de Terapia Ocupacional (TO) e ao ser abordado para a entrevista se mostrou bastante simpático e logo aceitou participar.

O terceiro sujeito participante foi o Sr. Marcos. No dia da entrevista ele estava acompanhando sua esposa no grupo de TO. Ele tem 39 anos, cursou até o 4º ano do ensino fundamental e trabalha em uma empresa transportadora. É o cuidador principal da esposa, que tem 42 anos e faz acompanhamento no CAPS em regime de HD. O Sr. Marcos mora com a esposa e a filha adolescente. Durante a entrevista, embora estivesse um pouco tenso, ele se mostrou muito atencioso em responder às perguntas.

A Sra. Rebeca foi a quarta e última pessoa entrevistada e foi bem simpática e atenciosa. Ela tem 52 anos, cursou até o 6º ano do ensino fundamental e é dona de casa. Ela não trabalha fora, só de vez em quando faz serviço de faxina nas casas. É a cuidadora principal do filho, um rapaz de 29 anos. Ela mora somente com esse filho. No dia da entrevista ela o estava acompanhando no grupo de TO. Ele também faz acompanhamento no CAPS em regime de HD. As entrevistas com os últimos três sujeitos apresentados, também, por questão de disponibilidade de sala, foram realizadas na parte externa, em um local mais afastado.

Como foi possível perceber, a faixa etária dos quatro familiares entrevistados varia entre 34 e 70 anos, sendo dois familiares do sexo feminino e dois do sexo masculino, com os seguintes graus de parentesco com a pessoa com transtorno mental: sobrinha, pai, marido e mãe. Três dos entrevistados são os cuidadores principais da pessoa com transtorno mental.

Com relação ao perfil socioeconômico, a maioria dos entrevistados tem uma escolaridade muito baixa, onde não chegaram a concluir o ensino fundamental. Em relação a renda familiar e a inserção no mercado de trabalho, um dos entrevistados trabalha, um é aposentado e duas são donas de casa. A Sra. Rebeca relatou que já trabalhou, mas que precisou deixar de trabalhar para cuidar do filho e que hoje a renda familiar é somente a do BPC que o filho recebe.

Na entrevista também perguntamos aos familiares a escolaridade da pessoa com transtorno mental e se ela trabalhava ou já tinha trabalhado. Com relação à escolaridade, nenhuma chegou a concluir o ensino fundamental. Já com relação ao mercado de trabalho, segundo os familiares, dois já haviam trabalhado, com exceção do filho da Sra. Rebeca e da filha do Sr. Nilo.

Segundo a Sra. Márcia, sua tia já trabalhou como serviços gerais. Já o Sr. Marcos falou que sua esposa já havia trabalhado na indústria e também como doméstica. Ele contou que ela parou de trabalhar devido ao surgimento do transtorno mental.

Conforme podemos constatar, nenhuma das quatro pessoas que têm transtorno mental trabalham. Segundo Rosa (2011), tal dado é importante porque a falta de engajamento do sujeito com transtorno mental no mercado de trabalho exige uma maior dedicação de tempo em sua vigilância por parte de seus responsáveis, fato que se agrava quando o transtorno mental é a esquizofrenia, cujos sintomas comprometem mais os processos mentais, da percepção e do comportamento.

Consideramos que uma das razões para muitas pessoas com transtorno mental estarem fora do mercado de trabalho é o preconceito que ainda existe em relação a elas, de que são perigosas, violentas, que não têm capacidade de produzir e, portanto, são inadequadas para o mercado de trabalho. Infelizmente, esse estigma que a pessoa com transtorno mental carrega muitas vezes a impede de ter sua inserção social também por meio do trabalho, nos referimos aqui ao trabalho formal, assalariado, considerando que o sistema capitalista descarta aqueles considerados incapazes de produzir para o capital.

Sabemos que há muitos casos em que a pessoa com transtorno mental se encontra de fato impossibilitada para o trabalho, e, que, nessas situações necessita estar recebendo algum benefício assistencial ou previdenciário. No caso das quatro pessoas com transtorno mental da pesquisa, todas recebem algum benefício previdenciário ou assistencial, segundo os familiares entrevistados. A tia da Sra. Márcia e a esposa do Sr. Marcos recebem o auxílio-doença, que é um benefício previdenciário. Já a filha do Sr. Nilo e o filho da Sra. Rebeca recebem o BPC, que é um benefício assistencial.

Consideramos importante salientar que não necessariamente as pessoas que têm transtornos mentais precisam estar recebendo tais benefícios já que uma boa parte delas têm condições de trabalhar. Somente na impossibilidade da inserção no trabalho é que esses benefícios deverão ser requisitados.

Ressaltamos a importância de serviços como os CAPS's, os quais se propõem a realizar oficinas de geração de renda, que são ótimas iniciativas de reinserção na comunidade e no trabalho e uma das diversas formas de garantia da cidadania da pessoa com transtorno mental. Embora sejam atividades importantes, muitos CAPS's se encontram impossibilitados de realizá-las, por falta de recursos para aquisição de materiais para as oficinas, como é o caso do CASP Geral Regional VI.

No próximo subcapítulo apresentamos as percepções e vivências dos familiares, sujeitos da nossa pesquisa.

4.3 As percepções e vivências dos familiares quanto ao cuidado e ao tratamento: “A partir do momento que a pessoa tá com esse problema tem que ter o apoio de uma família”.

4.3.1 Início dos sintomas e como a família lida com o diagnóstico de transtorno mental

No início procuramos ouvir um pouco das vivências dos entrevistados desde que surgiram os primeiros sintomas do transtorno mental em seu familiar e em como eles lidaram com a situação na época e como lidam hoje.

Sobre o início dos sintomas e a procura por tratamento, a Sra. Márcia e o Sr. Nilo relataram:

Então, na época eu acho [pausa] eu tenho 34 anos, eu tinha 9 anos quando ela veio doente, que foi o primeiro transtorno que ela enlouqueceu, foi pro hospital né, que ela morava no Rio, aí o marido dela deixou ela, assim, o marido dela mandou ela vim pra cá dizendo que vinha. Ela veio com um filho, ficou o outro filho lá no Rio de Janeiro, que ela morava lá. Ela tem dois filhos. Um morreu, esse que ficou lá. Aí, assim, ela começou a adoecer por causa desse filho porque ela dava trabalho lá sabe? [...] o primeiro né, o primeiro transtorno que ela teve, ela ficou internada lá, aí, assim, quem cuidava dela lá eram as cunhadas dela que morava, que ficou cuidando dela né, aí, em seguida ela veio pra cá, aí foi assim, desse tempo que eu tenho conhecimento e participação nesse caso. [...] ela já vinha né, acompanhada de lá, tomando, né, a medicação, né [...] (SRA. MÁRCIA, SOBRINHA, 34 ANOS)

Já tinha vinte [pausa], trinta e dois anos. Porque ela tem 40, tá com 8 anos que ela adoeceu. Ela tinha uns 31 completos. [...] foi o tempo que ela sentiu essa pancada na cabeça (ele acredita que o transtorno da filha se deva a uma pancada que ela levou na cabeça). [...] aí foi que, aí ela ficou inutilizada, ela ficou 17 dias em coma quando terminou do coma aí ela ficou louca, louca, louca, louca. Ela internou-se logo[pausa], três meses. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS)

O Sr. Marcos e a Sra. Rebeca por sua vez relataram:

Eu com ela, eu tô casado há vinte anos. Aí esse caso que começou com ela, já tá com oito anos já. Foi pouco tempo assim, mais ou menos, menos de um mês (o início do tratamento). Foi que primeiramente eu e a família dela, que é as irmãs, a mãe, percebemos que ela tava triste, tava muito nervosa, tava agressiva [...]. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

Doutora, ele tinha, deixa eu ver [pausa] hoje ele tem 29, 6 anos [pausa], 23 anos. Ele fazia o Pró Jovem, ele já fazia o Pró Jovem, ele fez o Pró Jovem mais de um ano. Estudava, gostava, aí de repente eu comecei a, as pessoas me dizer “irmã o teu filho passa aqui parece uma bala”, eles dizia né, que ele passava na bicicleta que dava até medo, aí eu “será que tá acontecendo alguma coisa com meu filho?”. Aí ele começou a não querer ir mais pro Pró Jovem sabe, não queria ir, não queria ir, aí eu comecei a ver logo a diferença dele, dele ficar assim muito parado, sem querer conversar. Vi um

comportamento diferente. [...] iniciei doutora, (o tratamento do filho), só que eu fui pro CIES, o CIES de lá, que é do [um bairro de Fortaleza], isso eu fiquei numa fila de espera e esperei, esperei, esperei e nada, aí uma pessoa me indicou aqui, aí eu peguei, aluguei uma casa aqui na [um bairro de Fortaleza] e tô até hoje aí, graças a Deus. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Conforme afirma Rosa (2002), a identificação do transtorno mental ocorre geralmente pela família ou por grupos próximos à pessoa por observarem uma mudança no comportamento convencional dela. Os depoimentos dos entrevistados confirma o que diz a autora, pois dois deles relataram terem percebido um comportamento diferente em seu familiar. No caso da Sra. Rebeca, ela não identificou de imediato que se tratava de um transtorno mental e precisou ser alertada por pessoas de fora do ambiente doméstico, de que seu familiar não estava com uma boa saúde mental.

Quanto ao início do tratamento, observamos nos relatos que dois dos entrevistados procuraram logo tratamento para seu familiar. Duas pessoas com transtorno mental foram internadas em hospital psiquiátrico quando tiveram a primeira crise, conforme os depoimentos de seus familiares.

Com relação à internação, sabemos que no atual modelo de saúde mental se procura ao máximo evitar a internação psiquiátrica, visto que se considera que o melhor tratamento para a pessoa com transtorno mental é aquele realizado nos serviços abertos e de base comunitária. Segundo a lei 10.216/01 a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Contudo, devemos considerar que muitas vezes, os familiares de baixa renda recorrem à internação da pessoa com transtorno mental por não receberem suporte, apoio e informação para lidar com a situação. Conforme Tsu (1993), “já penalizada pelas suas condições de vida, essa população, quando se vê sobrecarregada pela ocorrência de distúrbio mental, tenta, naturalmente, transferir a responsabilidade pelo membro para o Estado.” (TSU, 1993, p. 21). E, segundo a autora, na medida em que funciona como instrumento de regulação social, o Estado, historicamente, tem assumido essa transferência.

Sobre como a família lidou, no início, e como lida, hoje, com o transtorno mental de seu familiar, eles relataram:

Muito difícil né. Que quando chegou, que ela chegou do hospital no final de semana, ela se comportou bem, ficou feliz, bem, conheceu a filha que ela não conhecia ninguém, a avó que é a minha esposa, que ela chama a mãe é de vó por causa da filha [pausa], aí pronto, aí começou o tratamento né, as dificuldades agora que tem, o trabalho [...]. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS)

Esse, quem nem eu tava falando, é uma coisa, um desespero, assim, que eu nunca passei por isso, nem eu, nem a família dela. Só via falar na reportagem, em televisão, alguém assim que a gente via passando, que a gente via o pai e a mãe levando aquela

peessoa com esse mesmo problema que ela tá pra poder levar pra uma clínica, pra um hospital, a gente via assim, mas quando é com a gente já é diferente. Aí quando eu passei a saber que ela tava com esse problema também pronto, pra nós foi uma coisa assim, um choque [pausa], que a gente não tava esperando [...]. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

O adoecimento mental de um membro da família, geralmente, ocorre de forma inesperada, causando choque, perplexidade, ansiedade, preocupação e, muitas vezes, desespero por parte dos familiares, que a partir desse acontecimento passam a se sentir fragilizados e vulneráveis por não saberem lidar com a situação. Assim, o transtorno mental não repercute somente na vida da pessoa acometida por ele, mas reflete na vivência da família e cada um dos seus integrantes manifesta sentimentos de forma única (Borba et al., 2011).

Em seguida teremos os relatos dos familiares sobre os principais desafios encontrados como cuidadores da pessoa com transtorno mental.

4.3.2 O familiar como cuidador: os principais desafios

Sabemos serem muitas as dificuldades e os desafios a serem enfrentados por toda a família da pessoa com transtorno mental, no entanto, tais dificuldades se tornam ainda maiores para um determinado membro desse grupo, o cuidador. Como já mencionado, três das quatro pessoas entrevistadas, são os principais cuidadores da pessoa com transtorno mental. Quando perguntamos quais dificuldades eles encontravam frente a essa responsabilidade, dois dos familiares relataram:

[...] às vezes eu digo pra minha mulher “rapaz eu não sei o que é, que foi isso, quando eu era solteiro tão bom que era minha vida e me casei pra viver num sofrimento desse.” Mas às vezes, aí eu fico sozinho, mas aí eu imagino, eu digo, “rapaz pior é se não tivesse quem cuidasse desse povo como é que seria, a mulher, a filha, tudo desse jeito e eu ter ainda 70 anos, mas ainda tenho força de andar, me movimentar, tudo direitinho”. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS)

[...] foi um choque, assim, cuidar de uma pessoa, assim, que é quem trabalhava sozinha, andava, cuidava de casa sozinha, hoje em dia não, pra todo canto que for tem que ser acompanhada, que ela não pode andar só, e, principalmente, assim, que a mente dela trabalha muita fraca, muito lento, que se ela for atravessar uma avenida, perigoso, até a gente que não tá com problema nenhum, a gente às vezes fica apavorado pra atravessar, aí, nesse aí, pronto, ela ficou precisando de muita gente pra uma [pausa], eu, minha filha, a irmã dela aqui acolá, quando vai né [pausa] pra algum hospital, pro CAPS, pra uma farmácia, às vezes ela quer fazer uma caminhada, não pode ir só, tem que ter alguém acompanhando, senão ela não vai, tudo, tudo, tudo ela precisa de alguém. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

Outro familiar também falou um pouco de sua experiência:

[...] dizer: “ah eu não quero cuidar do meu filho”, de jeito nenhum, eu me estresso, se eu ficar aqui [pausa], eu sei que você tá gravando aí, mas não adianta eu mentir e dizer: “ah eu nunca me estressei”, eu tô sendo uma pessoa mentirosa, porque tem hora que eu peço: “Senhor pelo amor de Deus me dá paciência”, porque eles não são fáceis [...]. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Conforme acompanhamos, os familiares relataram que o ato de cuidar da pessoa com transtorno mental traz estresse e sofrimento e que demanda muita disponibilidade de tempo, já que, muitas vezes, essa pessoa exige cuidado e atenção constantes. Nas famílias monoparentais de baixa renda, como no caso da Sra. Rebeca, a situação se torna ainda mais difícil. Ela era a provedora da casa, mas quando o filho adoeceu precisou deixar de trabalhar fora porque não tem quem fique com ele.

[...] eu não tenho, assim, uma pessoa pra deixar ele, porque se eu tivesse uma pessoa pra deixar ele [pausa]. Eu sei que eu já tenho 52 anos, já é pra eu pensar em sossegar né, mas as necessidades às vezes nos obriga, assim, às vezes eu fico pensando, eu podia arrumar alguma coisa pra eu fazer à tarde, né, dele ficar em casa, porque aí já deixava ele almoçado, ele toma o remédio bem direitinho, porque eu só deixo os quatro (medicamentos), mas eu me vejo assim, sem poder fazer nada mulher, isso aí, eu realmente, eu vejo uma dificuldade. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Ela também falou que quando o filho adoeceu precisou mudar de bairro para poder ficar mais próxima do CAPS e que hoje mora de aluguel, o qual paga com a única renda que recebe no valor de um salário mínimo, referente ao benefício assistencial do filho com transtorno mental. Ela relatou um pouco sobre suas dificuldades financeiras:

[...] porque olha, eu ganho só, eu ganho o salário, eu agradeço muito a Deus né, com certeza, mas você ver que um salário... é um homem né, não é uma criança né. Aqui acolá eu tenho que comprar uma roupinha pra ele, eu a minha mãe [pausa], se não fosse a minha mãe eu andava como né? Minha mãe que me dá esses vestidinhos do jeito que ela quer. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Como podemos concluir pelos depoimentos, as famílias de baixa renda têm ainda mais dificuldades em cuidar de uma pessoa com transtorno mental, pois, além do encargo do cuidado, há também o encargo financeiro, já que muitos familiares deixam de trabalhar para cuidar de seu familiar que adoeceu, o que diminui ainda mais a renda da família.

Com relação à Sra. Márcia, conforme já mencionado, ela não é a cuidadora principal de sua tia, mas falou que sempre ajudou bastante sua avó nos cuidados com ela, embora não more com as duas. Porém, ultimamente, ela diz estar tendo dificuldades em conciliar sua vida de dona de casa e de atenção aos filhos, com o auxílio que precisa oferecer a avó. Ela fala um pouco sobre essa situação:

[...] a minha vó, ela precisa, tá precisando muito de ajuda lá, e como eu também tenho minha família, aí, assim, né, eu tenho três filhos, aí eu não posso tá direto também [...]. [...] assim antes eu tava, eu que ficava lá durante o dia todo, aí agora, assim, como meus filhos também são adolescentes, aí tão precisando também de mim em casa, aí eu não tô, eu não tô, assim, ficando direto que nem eu ficava, porque antes eu ficava, eu ia todo dia, todo dia, todo dia eu ia e ficava o dia todo mas, assim, se eu não for lá hoje, mas eu ligo pra lá, aí elas ligam pra mim [...]. (SRA. MÁRCIA, SOBRINHA, 34 ANOS)

Ela também relatou que devido à idade avançada, a avó agora está precisando mais ainda de ajuda e, que, em breve deve substituí-la no cuidado com sua tia. O cuidador idoso, além das dificuldades inerentes a qualquer cuidador, também enfrenta as limitações da idade, muitas vezes junto com problemas de saúde. A Sra. Márcia fala que sua avó sempre diz: “vou morrer e como é que a Léa¹⁰ vai ficar?” Assim, o cuidador idoso se preocupa com o futuro de seu familiar com transtorno mental, pois teme morrer e esse familiar ficar sem apoio e sem ter quem cuide dele.

Percebemos que todos os familiares enfrentam uma grande sobrecarga ao terem que prover cuidados à pessoa com transtorno mental. São relatos de estresse, preocupação, falta de tempo, além das dificuldades financeiras. Tudo isso acaba gerando um desgaste físico e emocional muito grande para essas famílias. Por isso faz-se necessário que as políticas públicas se voltem mais para a questão da pessoa com transtorno mental e seus familiares. E que também os serviços substitutivos, como os CAPS's, criem cada vez mais estratégias de inclusão, apoio e cuidado a essas famílias.

Ainda com relação ao cuidado, vimos no capítulo 3 dessa pesquisa que a mulher é tradicionalmente a principal provedora de cuidados à pessoa com transtorno mental, conforme afirma Rosa (2011),

A necessidade de prover cuidado ao portador de transtorno mental esteve historicamente associada, de um lado, à função que o hospital psiquiátrico tem cumprido nas respostas do Estado à questão social; e, de outro, às funções “naturalizadas” na esfera da reprodução social que a família tem exercido. Mas também tem um componente de gênero, pois majoritariamente é um encargo atribuído e assumido pela mulher (ROSA, 2011, p. 280).

Embora dois dos quatro cuidadores entrevistados sejam do sexo masculino, o que percebemos na vivência em campo, tanto do estágio como da pesquisa, foi que a maioria dos cuidadores da pessoa com transtorno mental da Instituição são mulheres, o que confirma o que diz a autora. Pelo fato de cultural e tradicionalmente se responsabilizar a mulher pelo cuidado,

¹⁰ Nome fictício.

consideramos importante considerar os motivos que levaram os sujeitos homens da nossa pesquisa a se tornar os principais cuidadores de seu familiar com transtorno mental.

O Sr. Nilo, embora tenha esposa, é quem cuida da filha, pois, conforme ele contou, a esposa é idosa e doente e também precisa de cuidados. Como ele mesmo relata: “[...] a mãe cega, a filha dela também era já quem cuidava da casa, era [pausa], tem que ser eu (o cuidador)”. Vemos que no caso, o familiar praticamente não teve opção em se tornar o cuidador de sua filha, mas ele relata que enfrenta algumas dificuldades, como por exemplo, no trato com a higiene pessoal dela, sobre isso ele fala: “A dificuldade maior que eu tenho com ela mais é quando ela tá menstruada, que ela não quer que eu olhe ela. [...] se ela tiver no banheiro “eu tô nua”, ela diz isso “eu tô nua,” aí quando ela tá menstruada, aí ela chama a filha dela.” (SR. NILO, PAI, 70 ANOS).

No caso do Sr. Marcos, ele já era casado com a esposa quando ela apresentou o transtorno mental e como a única filha que eles têm é adolescente ele se responsabilizou pelo cuidado com a mulher. Sabemos que nas situações em que a mulher é acometida por um transtorno mental, ainda é raro o marido permanecer com ela, principalmente quando essa mulher passa a ficar dependente de cuidados. Segundo Rosa (2011),

[...] o cuidado é uma atividade feminina remetida frequentemente à mãe e à família de origem. Em parcela significativa o marido, quando eclode o transtorno mental ou nos períodos de crise psiquiátrica, abandona a mulher. Quando permanece na relação, assume o provimento de cuidado como uma obrigação inerente ao contrato matrimonial, ao mesmo tempo em que reavalia a conduta pregressa da mulher e a sua função complementar na esfera doméstica quando não está em crise. Ou seja, avalia o merecimento da mulher e o retorno que lhe traz quando não está em crise (ROSA, 2011, p. 278).

Um dos relatos da Sra. Márcia, exemplifica bem o que a autora diz. Segundo a familiar entrevistada, a tia era casada e morava em outro estado quando apresentou os primeiros sintomas do transtorno mental. Na época seu marido a mandou para Fortaleza, com a promessa de vir em seguida para ficar com ela, fato que nunca aconteceu. Ela relatou:

[...]o marido dela acabou não vindo, ele fez foi arranjar outra mulher por lá e não apareceu mais, não quis vim e deixou ela aí. [...] aí as cunhadas dela pegava e dizia, assim, mandava ela [pausa], “não você” [pausa], “meu irmão” [pausa], é, assim né, como ele era novo e bom, né, “meu irmão tem direito de arranjar outra mulher, meu irmão vai ficar com uma louca dessa aí não, uma doida dessa aí”. [...] ele mandou ela ir pra casa duma irmã dele lá no [um bairro de Fortaleza], aí ela foi, passou só uns, acho que um mês, dois meses lá, ele com a promessa de que ia pra lá e só fazia ligar pra ela no final de semana dizendo que ia vender as coisas, vender as coisas, e até hoje, ela perdeu tudo assim. Ele nunca mandou [pausa], nunca veio ver ela esses anos todinhos, só falou com ela por telefone, mas nunca, desde essa época que ela saiu de

lá, que ele não apareceu mais. Hoje ele já mora aqui no interior, mas ver ela, só as cunhadas dela mesmo que vem. (SRA. MÁRCIA, SOBRINHA, 34 ANOS)

Vimos pelo relato que o marido da pessoa com transtorno mental foi desencorajado, por sua família, a cuidar de sua esposa depois que ela adoeceu. O Sr. Marcos em uma de suas falas também relata que já ouviu muitas pessoas o desencorajarem a cuidar da esposa:

[...] que eu sou um homem muito novo ainda, que tem muitas mulheres pra mim ficar. Se eu fosse uma pessoa que não, assim, não pensasse bem muito na família, nem nela, eu já tava indo embora com outra mulher. Aí eu disse “não sobre isso aí eu jamais vou querer deixar a minha esposa por esse problema tenho mais é que cuidar dela”, que eu abandonar uma mulher com um problema desse aí, eu vou ser muito mais culpado que de outras coisas. A partir do momento que a pessoa tá com esse problema tem que ter o apoio de uma família, de um marido, de um filho, jamais eu vou querer abandonar ela por causa desse problema. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

Através dos relatos podemos constatar que, infelizmente, a questão cultural em relação aos papéis de gênero e também o machismo ainda é muito forte em nossa sociedade, em que se aceita e até se encoraja um homem a abandonar sua mulher que adoeceu. Para a sociedade, o papel desse homem não é o de cuidador, e já que a mulher adoeceu é direito dele arranjar outra mulher, e que, inclusive, seja saudável e mais jovem.

Nos propomos em seguida a analisar as percepções dos familiares sobre o acompanhamento da pessoa com transtorno mental no CAPS Geral Regional VI.

4.3.3 A família no acompanhamento do tratamento da pessoa com transtorno mental: principais vivências e percepções

Como vimos no capítulo 2 desse estudo, o CAPS é um importante serviço substitutivo do novo modelo de atenção à saúde mental no país e uma de suas finalidades é oferecer um tratamento de base aberta e comunitária, tendo como objetivo a reinserção social de seus usuários. Por meio dos relatos dos familiares dos usuários iremos analisar como eles percebem esse tratamento oferecido pelo CAPS Geral Regional VI.

Sobre essa questão, primeiro perguntamos aos familiares há quanto tempo eles acompanham o tratamento da pessoa com transtorno mental na Instituição e como é esse tratamento. A Sra. Márcia disse que sua tia só vai ao CAPS para se consultar com o psiquiatra: “[...]ela começou esse tratamento com a doutora [psiquiatra] né, aí ela toma a medicação né, que eles passam [...]”. Já o Sr. Nilo e o Sr. Marcos relataram:

Vai completar 9 (anos de tratamento). Nós ficamos até meio-dia, é, até onze horas. São terça e quinta. Terça é com essa médica aí, e na quinta é com a doutora [enfermeira]. O daqui (tratamento), é negócio de pintar essas coisinhas assim, ela quebra a cabeça assim, fazer, juntar figurinha e essas coisas assim sabe. É palestra pra [pausa], ela não entende, mas ela risca [...]. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS).

Aqui no CAPS, aqui? Faz muitos anos já. Já faz mais de [pausa] oito anos por aí. Foi desde o início, assim que começou pouco tempo a gente teve que encaminhar ela aqui fazer o cadastro dela aqui, aí nós ainda fomos no Hospital Mental na época ainda, pra poder ver o que se fazia lá e foi encaminhado pro CAPS, aqui pra ficar no grupo HD, acompanhado aqui, né, é acompanhado aqui, que é o negócio do HD, psicólogo. Eu vinha duas vezes na semana, mas por causa do meu trabalho [pausa], uma vez até falei com a diretora aqui da [pausa], a assistente social aqui do CAPS, que eu só podia vim uma vez na semana por causa do meu trabalho [...]. É muita palestra, desenho, desenhar, pintar, é ler umas coisa que ela bota ali na lousa, assim, e muita conversa, é união com os outros pra conversar, pra poder distrair, dançar, tem uns que querem cantar, é muito bom isso aí pra ela. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

A Sra. Rebeca também falou do tratamento do filho:

Já tá com um tempinho aqui, viu. É assim, tem o grupo, ele vem na terça. Ele começou segunda, ele vinha segunda, era segunda, quarta e sexta na época, logo quando começou, me lembro o ano assim não sabe. Aí eu vinha segunda, quarta e sexta, aí a doutora pegou, botou ele pra ter um grupo individual, até ela já saiu daqui, a doutora [psicóloga], aí ele não pegou porque ele não falava nada, era assim, aí a doutora achou melhor mudar, aí mudou pra um grupo maior que ele fizesse atividade no meio dos outros pra ver, aí realmente ele melhorou um pouco, né. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Conforme os relatos, uma das pessoas com transtorno mental vai à Instituição somente para a consulta com o psiquiatra. Vimos no capítulo 2 dessa pesquisa, que os CAPS's têm como um de seus principais objetivos, promover a reabilitação psicossocial de seus usuários, em vista disso, consideramos que o atendimento na Instituição não deva ser reduzido somente ao processo terapêutico da consulta psiquiátrica, para a aquisição de uma receita médica, já que se faz importante que esses usuários participem de outras atividades terapêuticas da Instituição.

Sabemos que é realidade de muitas instituições de atenção psicossocial, a intervenção acontecer apenas no sentido da medicalização da pessoa com transtorno mental, não se levando em conta a realização de um projeto terapêutico, conforme a necessidade do usuário. E que isso se deve, em boa parte às dificuldades de funcionamento, devido ao número de profissionais serem insuficientes para atender a alta demanda da instituição, fator esse que causa a precariedade dos serviços oferecidos. Assim, muitos usuários e seus familiares acabam se submetendo e aceitando essa intervenção das instituições, reduzida apenas à questão da medicação da pessoa com transtorno mental.

Contudo devemos considerar que, muitas vezes a pessoa com transtorno mental não adere ao tratamento terapêutico definido pela instituição. Já, outras vezes, ela não tem condições

de se dirigir sozinha ao local para participar das atividades terapêuticas e também não tem quem a acompanhe. Esse é o caso da tia da Sra. Márcia, pois, como já relatado sua mãe é idosa e não tem condições de acompanhar a filha de forma mais intensiva no CAPS, e a sobrinha, Sra. Márcia, também não tem disponibilidade.

Sobre se acham importante o tratamento terapêutico de seu familiar e se consideram-se bem acolhidos pela Instituição, dois dos sujeitos entrevistados responderam:

É (importante), porque a gente, a gente aqui, nós somos bem tratados. Sabe, assim pelos doutores que conversam com a gente, tá entendendo, se um dia ela se afobar: “tenha calma, que é assim mesmo”, se faltar um remédio: “providencie que ela não pode ficar sem aquele medicamento.” Eles são muito cuidadosos e eles tudo gostam muito dela e gostam muito de mim [...]. [...] aqui é a minha casa, eu me sinto feliz aqui. Eu venho porque fico aqui à vontade mais eles, e as companhias que a gente arranja aqui é muito boa. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS)

Acho muito importante. Não porque ali, já é [pausa], já abre a memória dela, porque ela tando em casa só, ela começa a pensar outras coisas, a falar sozinha e aqui não, aqui tem mais uns colegazinhos, que uma pessoa fala uma coisa, fala outra, aí, vai aquela, aquela união de conversa deles, aí eu acho muito bom. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

Outra familiar também respondeu:

Eu acho muito bom aqui sabe, porque quando o paciente não pode vim eles faz visita em casa, [interrompe para falar de um profissional que ia passando], aí é o doutor [psiquiatra], o dele (psiquiatra do filho) desde que ele chegou aqui, é um médico excelente mesmo esse médico daqui viu, acho que é o melhor, não querendo botar ele lá em cima, que lá em cima só Jesus, mas é o melhor, eu nunca vi esse médico faltar, nunca, nunca, só nas férias dele porque ele tem direito né, mas nunca vi ele faltar aqui, nunca, graças a Deus. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Consideramos importante o relato do Sr. Marcos, ao falar que o tratamento da esposa proporciona que ela vivencie uma boa interação com outros usuários e familiares da Instituição, pois mostra que umas das finalidades do tratamento terapêutico nos CAPS's, a inserção social de seus usuários, está, em parte, sendo atingida. O que também é importante para os familiares, já que, muitas vezes, pelo encargo do cuidado, eles não conseguem ter uma boa interação social na comunidade em que vivem e na Instituição eles têm essa oportunidade. No entanto, não se pode deixar de considerar que a inserção social da pessoa com transtorno mental precisa ir além da sua convivência dentro da Instituição. Por isso a importância dos CAPS's promoverem atividades extramuros nas comunidades, para que, por meio de ações socioeducativas, essa comunidade seja preparada para aceitar a pessoa com transtorno mental.

Pelos relatos de elogios à Instituição e à conduta dos profissionais, podemos concluir que os familiares se consideram bem acolhidos e mantêm uma boa relação com a Instituição, fator importante no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Com relação a serem bem informados sobre o tratamento de seu familiar na Instituição, um dos familiares se diz satisfeito com as informações que recebe por parte dos profissionais:

Me sinto bem informado aqui, eles conversam muito comigo, porque eu sou esposo dela, aí tudo, qualquer coisa que eles vão marcar tem que chamar eu, nós tem conversa particular, nós temos muita conversa aqui, particular, eu e a doutora aqui e a minha esposa, e quando tem consulta é, de mês em mês, tem consulta de quinze em quinze dias, também tem uma palestrazinha particular que nem nós estamos conversado aqui, pra saber o dia a dia, como é que tá em casa, como é que é o acompanhamento, como é que ela tá em casa, se ela tá agressiva, se ela tá tomando o medicamento direito, como é que a gente tá lutando com ela, assim, sobre tarefa de dia a dia. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

A Sra. Rebeca, por sua vez, destaca o grupo de famílias da Instituição, do qual ela participa:

Assim, sempre a gente, aqui sempre teve, sempre nós tivemos o grupo de família sabe, tem o grupo com eles e toda quarta-feira em quinze em quinze dias a gente tem um acompanhamento familiar. Aí ela (profissional) explica sobre os remédios, ela fala sobre eles né, o que que nós deveremos fazer, como cuidar né, orienta a gente levar ele no médico (clínico), nem sempre levo, essa é a realidade né, mas que orientadas somos. [...] eu não tenho o que dizer não viu. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Pelos relatos, concluímos que existe uma boa comunicação entre os familiares e a Instituição, a respeito do tratamento da pessoa com transtorno mental. No entanto, pelas falas dos sujeitos vemos que a intervenção tem se voltado mais para a remissão dos sintomas ou para a estabilização do usuário, não se levando em conta outros fatores importantes, como a inserção social, o acesso ao trabalho, ao lazer, a promoção da autonomia, entre outros. Não podemos deixar de considerar a importância do grupo de famílias realizado na Instituição, em que os familiares têm a oportunidade de discutir sobre as dificuldades que enfrentam e, também, recebem o suporte da equipe para lidar com a situação de ter um familiar com transtorno mental.

A entrevista foi encerrada com uma avaliação geral por parte dos familiares sobre o serviço oferecido e os desafios encontrados por eles na Instituição. A Sra. Márcia criticou a falta de profissionais psiquiatras: “Ah, então, essa doutora né, faz três anos que a doutora [psiquiatra] não acompanha ela né. [...]três anos que ela tá afastada, aí, daí, então, ela vem só né, assim pegar receita né, renovar as receitas pra poder continuar recebendo o remédio.” Além da falta de profissionais psiquiatras, os familiares também falaram da falta de remédios. O Sr. Nilo e o Sr. Marcos falaram:

Agora aqui, pra ela mesmo nunca faltou nada não. Às vezes falta um remédio num dia, mas no outro recebe, elas (profissionais) tem a caixinha do remédio dela. Aí quando, pra ela sabe, pra nós, assim, pra ela mesmo nunca faltou nada não. Porque se faltar um remédio hoje se aqui não tiver elas dizem “seu Nilo dava pra comprar esse remédio enquanto chega, porque tá faltando”. Daí eu faço um jeito e compro. (SR. NILO, PAI, 70 ANOS)

A dificuldade agora, agora, não tô tendo nenhuma não. Aqui quando eles marca o dia da consulta ele vem (psiquiatra), quando o doutor falta, a doutora, elas avisam, marcam, agendam pra outro mês, outra semana, os medicamentos quando não tem eles avisam também, aí quando não tem, eles avisam também que chegou. Toda semana eu recebo medicamento dela aqui, aí tem uns que quando não chega elas passam uma receita pra mim comprar, aí esse remédio quando eu compro, assim, são os mais baratos, esses mais caros é que não faltam, esses mais baratos sempre faltam, mais, assim, dá pra ir levando. (SR. MARCOS, MARIDO, 39 ANOS)

A Sra. Rebeca falou:

A dificuldade aqui, não por eles (profissionais), assim, falta muito remédio né, não seja culpa deles que eu creio que não é, né. Assim, falta muito remédio sabe, mas assim, as maiores dificuldades é essa, é a medicação. Quando falta, é, o dele faltou muita poucas vez também, mas aqui falta muito porque eu vejo os outros né, falando, agora o do Lucas¹¹ só teve de faltar uma vez. (SRA. REBECA, MÃE, 52 ANOS)

Pelas falas, concluímos ser rotineiro a falta de medicamentos na Instituição, embora percebamos que alguns familiares tentaram amenizar o problema. Acreditamos que essa atitude dos familiares se deva, em parte, pelo fato deles participarem de maneira intensa do dia a dia da Instituição e por terem um bom relacionamento com os profissionais, com isso se sentiram constrangidos em falar desse problema por temerem prejudicar algum profissional. Percebemos isso em umas das falas de uma familiar, que faz questão de frisar que o problema não é culpa dos profissionais, o que sabemos, realmente, não ser. Tem também a questão de seus familiares com transtorno mental serem atendidos em regime HD. Nesse casos, geralmente, a medicação desses usuários é administrada na própria Instituição, ou entregue aos familiares toda semana. Então, a medicação já é separada para aquela finalidade, como vimos o Sr. Nilo explicar: “elas (profissionais) tem a caixinha do remédio dela.” Com isso, acreditamos que esses familiares não sintam tanto o problema da falta de medicamentos, como outros usuários da Instituição.

Também a falta de psiquiatras é um sério problema do CAPS Geral Regional VI, o que dificulta bastante o atendimento da demanda, que no local é muito grande. Devido a isso há uma sobrecarga para os psiquiatras da Instituição, pois eles precisam atender uma quantidade de pessoas bem maior do que o ideal para cada profissional. Hoje, muitas pessoas que procuram atendimento na Instituição demoram a ter a primeira consulta com o médico psiquiatra. Tem também os usuários que ficaram sem psiquiatras, por motivos de desligamento ou licença dos

¹¹ Nome fictício.

profissionais. Nesses casos, esses usuários ficaram sem seu médico de referência. Os considerados mais estáveis são orientados a procurar a Atenção Básica. O problema é que esse nível de atenção em saúde nem sempre está preparado, como deveria, para o atendimento em saúde mental. Muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) não têm equipe de saúde mental e nem equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's). Nesses casos, o usuário com transtorno mental na Atenção Básica vai ter somente o serviço de “renovação de receita”. Já os outros usuários que não vão para a Atenção Básica, passam a ser atendidos por outros psiquiatras da Instituição, que, muitas vezes, também só “renovam a receita”, como no caso da tia da Sra. Márcia. Tal situação reduz o atendimento somente à questão da medicalização do usuário, o que nos CAPS's, e em nenhum outro serviço de saúde mental, deveria acontecer.

Ainda com relação aos profissionais da Instituição, outra questão existente é que muitos possuem vínculos empregatícios precários, como por contrato temporário, fato que repercute na qualidade dos serviços prestados e também na quebra de vínculos entre profissional e usuário, o que não é benéfico para o seu processo de tratamento.

Buscamos nesse capítulo compreender como os familiares que acompanham o tratamento terapêutico da pessoa com transtorno mental, no dia a dia da Instituição CAPS Geral Regional VI, percebem esse tratamento, como se relacionam com o serviço, que dificuldades encontram, entre outras questões. Para isso, contamos com a rica contribuição desses sujeitos que, com os relatos de suas vivências, nos propiciaram tal análise. A seguir, faremos as considerações finais desse estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo discutir como se dá o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais a partir das percepções dos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral Regional VI. Considerando que os familiares da pessoa com transtorno mental são os sujeitos desse estudo, uma de nossas propostas foi descrever as transformações ocorridas ao longo da história na relação família e pessoa com transtorno mental.

Vimos que durante muito tempo o saber dito psiquiátrico isolou a pessoa com transtorno mental de sua família e de toda a sociedade, com o discurso de que tal tratamento terapêutico era para proteger tanto a pessoa, como também seus familiares. Assim, a institucionalização asilar do considerado louco tinha a aprovação e a aceitação social.

Esse discurso psiquiátrico prevaleceu na sociedade por muitos anos, mesmo diante de todo sofrimento a que eram submetidas as pessoas com transtornos mentais nestas instituições asilares.

Tal situação começou a mudar no pós-Segunda Guerra, com as propostas de reformas psiquiátricas, surgidas na Europa e nos Estados Unidos, que contestavam as intervenções da psiquiatria. Tais propostas tiveram repercussão no Brasil e culminou com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento este em favor das mudanças no tratamento direcionado às pessoas com transtornos mentais, que tinha como base o modelo hospitalocêntrico.

A partir de então, começaram a ser criados serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que promovessem, entre outras importantes questões, a reinserção da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade.

Podemos considerar que a partir do início do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira e, posteriormente, da criação dos Centros de Atenção Psicossocial, importante serviço substitutivo, a família da pessoa com transtorno mental passou a receber um outro olhar por parte dos serviços de saúde mental.

Nesse contexto, os CAPS's veem a família como parceira, corresponsável e protagonista no tratamento terapêutico desses sujeitos, convidando-os a participar diretamente do cotidiano de seus serviços.

Podemos assim entender a importância dessa nova abordagem familiar, no entanto, a partir dos resultados desta pesquisa, consideramos a grande responsabilidade que é imposta à

família da pessoa com transtorno mental. Consideramos também que essa responsabilidade não poderá ser cumprida sem o apoio e o cuidado de serviços como os CAPS's, porém, não somente deles, mas de toda a rede de atenção à saúde mental.

Assim, constatamos na vivência da pesquisa junto aos familiares dos usuários do CAPS Geral Regional VI, por meio de suas falas e relatos, o grande encargo que lhes é imposto no cuidado de seu familiar com transtorno mental.

Podemos reconhecer que cuidar de uma pessoa com transtorno mental não é fácil. Envolve renúncia, disponibilidade de tempo, muitas preocupações, muito estresse, enfim, muitas dificuldades. Consideramos com isso, que os serviços de saúde mental devam se empenhar sempre na criação de estratégias de suporte e cuidados aos familiares, ainda mais porque esses familiares cuidadores, muitas vezes, são sofridos e fragilizados frente à situação que vivem.

Com isso não queremos afirmar que a Instituição pesquisada não intervenha junto a esses familiares. Em sua maioria, eles se mostraram satisfeitos com os serviços oferecidos, com o acolhimento que recebem e com os profissionais. Havia muita gratidão em suas falas, o que nos fez refletir que alguns entrevistados consideram que estão recebendo um favor, quando, na verdade, trata-se de um direito deles e de seu familiar com transtorno mental.

Em seus relatos, ao descreverem as atividades terapêuticas de seu familiar na Instituição, bem como as intervenções direcionadas a eles (os familiares), percebemos que essas intervenções são mais voltadas para a remissão dos sintomas da pessoa com transtorno mental, deixando de lado as ações de promoção da autonomia, de reinserção na comunidade, de acesso ao trabalho, ao lazer, ao esporte, entre outros.

Outro ponto a considerar é que seria importante a realização de oficinas de geração de renda, tanto para os usuários como para os familiares, tendo em vista que muitos não estão inseridos no mercado de trabalho, e que seria uma forma de complementação da renda familiar. Estas atividades, embora estejam previstas na proposta terapêuticas dos CAPS's, não são viabilizadas por questões estruturais, a exemplo da falta de recursos para a aquisição de materiais para as oficinas de terapia ocupacional. Soma-se a isto, as constantes mudanças de profissionais em decorrência da fragilidade dos vínculos empregatícios, bem como em decorrência das várias mudanças de endereço do próprio CAPS.

Como já falado anteriormente, consideramos importante a existência do grupo de familiares na Instituição, que possibilita a troca de experiências e, em que eles recebem o suporte dos profissionais para lidar com seu familiar com transtorno mental. Consideramos também, em termo de perspectivas futuras, que esse grupo poderá viabilizar, inclusive, a

articulação e mobilização desses familiares na luta pela garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental.

Constatamos por meio desse estudo que muito já se avançou na questão da desinstitucionalização e da reinserção social da pessoa com transtorno mental. Contudo, apesar dos avanços, há ainda muito a ser feito. A pessoa com transtorno mental carrega um estigma muito grande e isso dificulta a sua inserção social em todas as áreas, ou seja, a familiar, comunitária e no mercado de trabalho. Consideramos necessário que se realizem campanhas educativas de orientação para evitar que se veja a pessoa com transtorno mental como periculosa e que por isso deva ser isolada do meio social.

Também com essa pesquisa conhecemos a grande importância de serviços como os CAPS's, no tratamento terapêutico da pessoa com transtorno mental e também para seus familiares. Dada essa importância, faz-se necessário investimentos por parte do poder público nesses serviços e em toda a rede de saúde mental, para que o processo da Reforma Psiquiátrica continue avançando e a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental possa de fato acontecer.

O que constatamos, no entanto, durante a vivência na Instituição pesquisada, foi a falta de investimentos suficientes para que seja oferecido um serviço de qualidade aos seus usuários. A falta de medicamentos e a falta de psiquiatras são queixas recorrentes que ouvimos nos corredores da Instituição. Há ainda o fato do local ser alugado e apresentar problemas na estrutura física. Tais situações, juntando com muitas outras, acabam causando a precariedade de alguns serviços oferecidos.

Consideramos que a realização dessa pesquisa nos proporcionou a aproximação teórica com uma temática de bastante relevância social e contribuiu para o enriquecimento de nossos conhecimentos, assim como trouxe perspectivas para outros estudos ou pesquisas sobre o tema. Além da aproximação teórica com a temática, a inserção no campo como pesquisadora foi uma experiência muito rica.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Ana; VITALE, Maria (Org.). **Família: rede, laços e políticas públicas**. São Paulo: CEDPE/PUC: Editora Cortez, 2010.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BISNETO, José Augusto. **Uma análise da prática do Serviço Social em Saúde Mental**. Revista Serviço Social e Sociedade n° 82, ano XXVI. Editora Cortez, 2005, p. 111 a 130.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

_____. Constituição Federal. **Lei Federal 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002: **Normas de diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5ª ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088/GM de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n.34). **Saúde Mental**. Brasília, 2013.

_____. Observatório Crack, é possível vencer. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Álcool e outras drogas 24 horas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: dez. 2015.

BOCK, Ana; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Editora Saraiva, 2008.

BORBA, Letícia de Oliveira. et al. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.** Revista da Escola de Enfermagem - USP, v. 45, n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: nov. 2015.

CAPS GERAL REGIONAL VI - MESSEJANA. **Um pouco da nossa história.** Disponível em: <<http://capsgeral06.blogspot.com.br>>. Acesso em: out. 2015.

CAPS GERAL REGIONAL VI. **Princípios Gerais, diretrizes e estrutura do CAPS-SER VI.** Disponível na Instituição.

_____. **Regimento Interno da instituição.** Disponível na Instituição.

CARVALHO, Maria do Carmo. **Famílias e políticas públicas.** In: ACOSTA, Ana; VITALE, Maria (Org.). **Família: rede, laços e políticas públicas.** São Paulo: CEDPE/PUC: Editora Cortez, 2010.

DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.

DUARTE, Ronaldo Alves. **[Re] tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental.** Divinópolis: FUNEDI-UEMG, 2008.

Falta estrutura no apoio à saúde mental. **O Estado CE,** Fortaleza, 23 jun. 2014. Cotidiano. Disponível em: <<http://www.oestadoce.com.br>>. Acesso em: out. 2015.

FLEMING, Manuela. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas.** Coleção Crítica e Sociedade, n. 5. Portugal: Editora Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. **CAPS.** Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: dez. 2015.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura.** São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Editora Atlas, 2009.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Porto Alegre: PUC-RS, 2007.

KOCHE, José Carlos. **Fundamentos de Metodologia Científica: teoria da ciência e prática da pesquisa.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1997.

LUZIO, Cristina Amélia. **Atenção Psicossocial: reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em Saúde Mental no Brasil.** In: BOARINI, Maria Lúcia (Org.). **Desafios na Atenção à Saúde Mental.** Maringá: Eduem, 2011.

LOSACCO, Silvia. **O jovem e o contexto familiar**. In: ACOSTA, Ana; VITALE, Maria (Org.). **Família: rede, laços e políticas públicas**. São Paulo: CEDPE/PUC: Editora Cortez, 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: NEPI/PUC: Editora Veras, 1999.

MIELKE, Fernanda Barreto. et al. **A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão**. Revista Eletrônica de Enfermagem, vol. 12, n.4. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: out. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. **Superando o manicômio? desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: Editora UFMT, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: ago. 2015.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2013.

PIMENTA, Eliane de Souza. **A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Tese (Mestrado em Psicologia). Belo Horizonte: PUC-MG, 2008.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNANDÉZ, Antonio Miguel B.; KANTORSKI, Luciane Prado. **Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol.14, n.32. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: out. 2015.

RABELO, Antonio Reinaldo. et al. **Um manual para o CAPS**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e cuidado na família**. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

_____. **Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental**. Revista Serviço Social e Sociedade n° 71, ano XXIII. Editora Cortez, 2002, p. 138 a 164.

_____. **As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental**. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.

SAWAIA, Bader. **Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades**. In: ACOSTA, Ana; VITALE, Maria (Org.). **Família: rede, laços e políticas públicas**. São Paulo: CEDPE/PUC: Editora Cortez, 2010.

SPADINI, Luciene; SOUZA, Maria Conceição. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: ago. 2015.

TSU, Tânia Aiello. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Vetor, 1993.

YASUI, Silvio. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde). Rio de Janeiro, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista:

Nome do sujeito entrevistado:

Nome fictício do entrevistado (sugerido por ele):

Perfil do familiar

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Qual o seu grau de parentesco com o seu familiar usuário do CAPS Gera Regional VI?

Qual é a sua escolaridade?

Você trabalha?

Qual é a sua renda familiar?

Você é o cuidador principal de seu familiar com transtorno mental?

Perfil da pessoa com transtorno mental (perguntado ao familiar)

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade:

Qual é a escolaridade dele (a)?

Ele (a) trabalha?

Qual a renda familiar?

Ele (a) recebe algum benefício assistencial ou previdenciário?

Ele (a) mora com quem?

Início dos sintomas e como a família lida com o diagnóstico de transtorno mental

1. Quantos anos seu familiar tinha quando começaram os primeiros sintomas? Depois disso quanto tempo levou para o início do tratamento?

2. Na época como o senhor (a) e os outros familiares lidaram com esse fato? E hoje em dia?

3. Após esse acontecimento quais as maiores dificuldades enfrentadas pela família e pelo senhor (a) como cuidador principal de seu familiar com transtorno mental?

4. Como é o relacionamento dele(a) com a família? E com a comunidade?

5. Sua família já foi vítima de preconceito pelo fato de ter uma pessoa com transtorno mental? Como você se sente com isso?

6. Seu familiar já foi internado em hospital psiquiátrico? Quantas vezes? Por quanto tempo?

Acompanhamento do familiar no tratamento

7. Há quanto tempo o senhor (a) acompanha seu familiar no processo de tratamento terapêutico dele aqui no CAPS? Como é esse tratamento?

8. O senhor (a) considera importante o tratamento que seu familiar realiza aqui no CAPS? Por quê? Como familiar, o sr (a) se sente bem acolhido pela Instituição?

9. O senhor (a) se considera bem informado quanto ao tratamento do seu familiar aqui na Instituição? Conhece o diagnóstico do transtorno mental de seu familiar? Sabe o que significa?

10. Numa avaliação geral o que o senhor (a) acha do serviço oferecido pelo CAPS? Que desafios encontra na Instituição?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como sujeito colaborador, da pesquisa **A FAMÍLIA NO TRATAMENTO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS: AS PERCEPÇÕES DOS FAMILIARES QUE ACOMPANHAM O TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO CAPS GERAL REGIONAL VI.**

Este estudo está sendo desenvolvido pelas pesquisadoras Virzângela Paula Sandy Mendes (responsável) e Rosangela Facundo de Oliveira Gonçalves (participante), o qual tem por objetivo analisar como se dá o acompanhamento de pessoas com transtorno mental a partir das percepções dos familiares dos usuários do CAPS Geral Regional VI.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista, que consiste em respostas a perguntas apresentadas a você pelo pesquisador. A entrevista será realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral Regional VI – com duração aproximada de 30 minutos, no dia previamente marcado, de acordo com a sua disponibilidade. Os depoimentos desta entrevista serão gravados com seu consentimento.

É importante esclarecer que o ato de ser abordado em uma entrevista e a exposição de informações pessoais trazem riscos aos sujeitos participantes da pesquisa uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico. Porém, tudo foi planejado de forma a amenizar o máximo possível tais riscos da sua participação. Caso sinta desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse, você poderá interromper o processo. Você possui a liberdade de retirar sua permissão a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e nem ao seu atendimento na Instituição.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a compreensão das percepções da família em relação ao acompanhamento do tratamento da pessoa com transtorno mental e também para o desenvolvimento de uma pesquisa que, posteriormente, poderá trazer melhorias das Políticas Públicas de Saúde Mental.

Ressaltamos que tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa. Esclarecemos que, ao concluir a pesquisa, será comunicado dos resultados finais. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há

compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será paga pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores assumem o compromisso de utilizar os dados somente para esta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Em qualquer etapa do estudo, poderá contatar os pesquisadores para o esclarecimento de dúvidas ou para retirar o consentimento de utilização dos dados coletados com a entrevista: Virzângela Paula Sandy Mendes - Orientadora, fone: (85) 9-9969-3517 e Rosangela Facundo de Oliveira Gonçalves - Orientanda pelo fone: (85) 9-8627-0506. Ressaltamos que este documento será emitido em duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e outro para o pesquisador.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Fui informado (a) de que meu nome não será divulgado e de que as gravações em áudio serão utilizadas apenas como banco de dados para análise. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável