



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO
DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Juliana Peixoto Pizano

**Narrativas de familiares de usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

**Botucatu
2015**

Juliana Peixoto Pizano

Narrativas de familiares de usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa.Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2015

Aos meus pais, Marcos e Vera, e irmãs Fernanda e Mariana, por todo o apoio.

E a todos os usuários e familiares do CAPS I com quem aprendo cotidianamente sobre a vida
e os enfrentamentos necessários.

Agradecimentos

À professora Sueli Terezinha Ferrero Martin pela paciência, dedicação e contribuições na construção deste projeto. Espero que possamos compartilhar ainda muitos outros projetos na vida! Meu muito obrigada. Tenho a certeza de que não conseguiria concluir esse projeto se não fosse sob a sua orientação, sempre tão acolhedora e firme quando necessário. É um privilégio poder conviver com você e ver a sua generosidade e capacidade de agregar pessoas.

Aos professores Marcelo Dalla Vecchia e Silvio Yasui pelas importantes contribuições na qualificação e por também demonstrarem tamanha generosidade. Ao Tiago Rocha Pinto por ter enviado suas contribuições mesmo sendo suplente.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial às professoras Margareth Aparecida Santini de Almeida, Ione Morita e Gimol Benzaquen Perosa.

A outros professores importantes na minha formação: Osvaldo Gradella Junior, Angelo Antonio Abrantes, Nilma Renildes da Silva, Lígia Marcia Martins, Ari Fernando Maia, Marisa Eugênia Melillo Meira, Denise Stefanoni Combinato e Dionisia do Amaral Dias.

Aos colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial às amigas Jéssica Rosa, Renata, Miriam e Alana.

Aos companheiros do Grupo de Estudos em Saúde Pública (GEP), Núcleo de Estudos e Pesquisas "Psicologia Social e Educação: contribuições do marxismo" (NEPPEM), Núcleos Cuesta e Bauru da ABRAPSO pelos momentos de discussões teóricas e trocas afetivas nos espaços acadêmicos, de militância e nos botecos da vida.

À equipe de trabalhadores do CAPS I pela convivência, nem sempre harmoniosa, mas intensa. Em especial à Anecy, trabalhadora incansável e companheira na luta cotidiana e nos sonhos por uma atenção em saúde mental humanizada.

Às amigas Andrea, Bruna, Lorine e Natalia Fischer pela amizade que resiste ao tempo e a distância, por estarem mesmo longe tão perto nos momentos em que preciso.

Às companheiras de república durante a graduação que se tornaram minha segunda família: Camila Costa, Natália Tamaio, Ligia Aguilhar, Marília Siqueira, Priscila Sayuri e Tatiana Koschelny. E aos outros amigos com quem pude compartilhar tantos bons momentos:
Adriana, Rodolfo Dib, Marcelo, João, entre outros.

À Simone, pela amizade sincera e por tantas vezes ter me acolhido nas minhas “crises em saúde mental”.

Às amigas Jéssica Bispo, Laís, Fernanda e Ana Letícia pela alegria da convivência.

À Vivian, pela doce convivência e pela possibilidade de concretizarmos um trabalho juntas.

Ao Charles, amigo querido, por me lembrar sempre da poesia nas coisas simples da vida.

À Mariana Pizano, minha irmã, pelas contribuições na revisão do texto e pela espirtuosidade de sempre.

O apanhador de desperdícios

Uso a palavra para compor meus silêncios.
 Não gosto das palavras
 fatigadas de informar.
 Dou mais respeito
às que vivem de barriga no chão
 tipo água pedra sapo.
Entendo bem o sotaque das águas
Dou respeito às coisas desimportantes
 e aos seres desimportantes.
Prezo insetos mais que aviões.
 Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis.
Tenho em mim um atraso de nascença.
 Eu fui aparelhado
 para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.
Meu quintal é maior do que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:
 Amo os restos
 como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato
 de canto.
Porque eu não sou da informática:
 eu sou da invencionática.
Só uso a palavra para compor meus silêncios.

Manoel de Barros

PIZANO, J.P. *Narrativas de familiares de usuários um Centro de Atenção Psicossocial sobre o cuidado em saúde mental*. 2015. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, “Júlio de Mesquita Filho”, 2015.

RESUMO

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o processo de Reforma Psiquiátrica foram implantados vários serviços substitutivos de atenção a pessoas com sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um desses serviços e tem papel estratégico, sendo o responsável, junto com a Atenção Básica, pela articulação do cuidado. O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento aos usuários e familiares na perspectiva da atenção psicossocial. A família é, na maioria das vezes, a principal responsável pelo cuidado, sendo assim os CAPS devem desenvolver estratégias para melhor atendê-la em suas necessidades junto à pessoa com sofrimento psíquico. É necessário considerar a família em sua historicidade e natureza social, entender seu papel e funcionamento na sociedade atual, assim como as relações nela estabelecidas. A pesquisa teve por objetivo compreender o cuidado em saúde mental na família e os significados atribuídos ao processo de adoecimento psíquico por familiares de usuários de um CAPS. O referencial teórico utilizado é o da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentado na compreensão da realidade a partir do método materialista histórico e dialético. Quinze familiares foram convidados a participar da pesquisa: oito faltaram às entrevistas agendadas e sete entrevistas foram realizadas (uma não foi possível ser transcrita). Os resultados apontaram como núcleos de significações do processo de adoecimento: 1) *Gravidez e crenças populares*; 2) *Ressentimento*; 3) *Acúmulo de vivências e situação limite*. Outros núcleos de significação são relacionados ao cotidiano do cuidado: 1) *Orar*; 2) *Conversar*; 3) *Limpar e acompanhar*; 4) *Cansar*; 5) *Contradizer*. Deste modo, identificamos a importância dos trabalhadores de CAPS conhecerem o processo de cuidado nas famílias e auxiliarem na construção de novas estratégias para lidar com o sofrimento e os impactos no grupo familiar.

Palavras-chave: Família; Saúde Mental; Centro de Atenção Psicossocial; Processo de cuidado, Psicologia Histórico-Cultural.

ABSTRACT

The care network in Brazilian mental health is part of the Unique Health System (SUS). With the Psychiatric Reform process, several substitute care services to those with psychological distress and needs resulting from *crack*, alcohol and other drugs were implanted. The Psychosocial Care Center (CAPS) is one of these services and it has a strategic role being the responsible of articulation care along with the Primary Care. The CAPS objective is to offer attendance to users and family in psychosocial perspective. Family is, mostly, principal responsible for the care, therefore CAPS must develop strategies for better serve it in their needs together the person with psychological distress. It's required to consider family in its historicity and social nature, understand its part and functioning in current society, as well the relationships established in it. This dissertation intends to comprehend the family mental health care and the meanings attributed to mental illness process by relative's users CAPS. The theoretical framework is from Historical-Cultural Psychology, based on the understanding of reality from historical materialist and dialectical. Fifteen family members were invited to participate in this survey: eight didn't attend the scheduled interviews and seven were performed (one of those couldn't be transcribed). The results showed as center part of illness process: 1) *Pregnancy and popular beliefs*; 2) *Resentment*; 3) *Accumulation of experiences and situation limit*. Others signification nucleus are related to every day care: 1) *Pray*; 2) *Talk*; 3) *Clean and monitor*; 4) *Tire*; 5) *Contradict*. Thus, we identified the importance of CAPS workers know the care process in families and help by building new strategies to deal with suffering and the impact on the family group.

Keyword: Family; Mental Health; Psychosocial Care Center; Care process; Historical-Cultural Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPSO - Associação Brasileira de Psicologia Social
AMSM - Ambulatório Municipal de Saúde Mental
APAE Bauru - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Bauru
BATUCAPS - Oficina de música desenvolvida no CAPS I
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes
CRMI - Centro de Referência em Moléstias Infecciosas
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu
MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
PROMAI - Programa Municipal de Atendimento ao Idoso
PSC - Pronto Socorro Central
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SORRI - Centro de Reabilitação Sorri-Bauru
SOSINTRA - Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UNESP - Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 - BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS POLÍTICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL.....	13
1.1 Breve retrospectiva histórica.....	13
1.2 Histórico da Saúde Mental em Bauru.....	19
2 - FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	23
2.1 Aspectos históricos e conceituais.....	23
2.2 Família, saúde mental e processo de cuidado.....	27
2.3 A família e a relação com o CAPS.....	36
3. JUSTIFICATIVA	41
4. OBJETIVOS.....	42
5. MÉTODO.....	43
5.1 Referencial teórico.....	43
5.2 Local da pesquisa.....	47
5.3 Participantes.....	48
5.4 Coleta de dados.....	48
5.5 Aspectos éticos.....	49
6. RESULTADOS	50
6.1 Caracterização dos dados obtidos durante a coleta.....	50
6.2 Caracterização geral dos participantes	52
6.3 Síntese das entrevistas.....	52
6.4Análise das entrevistas	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÊNDICES.....	89

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é síntese de reflexões teóricas, acúmulo de experiências, questionamentos, trocas afetivas e possibilidades de desenvolvimento humano no que tange à formação da pesquisadora em questão e sua interlocução com a orientadora.

Já que o produto esconde o processo, faz-se necessário certo esforço para rememorar a trajetória de construção desse trabalho até o momento presente.

Nessa trajetória é possível destacar alguns momentos marcantes, a saber, os contatos iniciais e aproximação com a Psicologia Social durante os primeiros anos de graduação no curso de Psicologia da UNESP Bauru. As disciplinas ministradas pelo professor Dr. Osvaldo Gradella Junior (Saúde e Trabalho e Saúde Pública e Saúde Mental), que desde o início despertaram interesse e desejo pelo conhecimento de uma psicologia comprometida com as questões sociais e com a transformação da realidade.

A participação no Encontro Nacional “20 anos de luta por uma sociedade sem manicômios” em 2007 foi, sem dúvida, um momento de significativa importância. Pela primeira vez foi possível ver, ouvir e sentir um movimento vivo e pulsante formado por usuários, familiares, técnicos, estudantes, professores e outros engajados na luta por uma sociedade onde haja espaço para as diferenças, para o sofrimento e onde não caibam a discriminação e exclusão.

Contribuíram também algumas experiências de estágio, extensão, participação em grupos de estudo, aproximação com a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e a interlocução permanente com amigos e professores dispostos a pensar criticamente a sociedade na tentativa de desvelar suas contradições e buscar formas de enfrentamento e transformação.

Em 2011 a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela UNESP Botucatu, propiciou a primeira experiência enquanto psicóloga atuando na articulação saúde pública e saúde mental, especificamente em uma unidade de saúde da família. Foi possível conhecer e acompanhar as demandas de saúde trazidas pelas famílias daquele território e as dificuldades e habilidades da equipe em gerenciá-las e prover os cuidados possíveis. O contato com as famílias de diversas configurações e algumas dificuldades da equipe em compreender as famílias e as situações apresentadas, somado a percepções permeadas pelo senso comum e carregadas de preconceito, levou a um interesse de estudo e aprofundamento no tema. O trabalho de conclusão de curso da Residência teve por objetivo

conhecer os significados e sentidos de família dos trabalhadores que atuavam em uma unidade da Estratégia Saúde da Família, investigando suas implicações nas práticas de cuidado. Os resultados apontaram que a família continua sendo alvo de idealizações e que profissionais e instituições permanecem baseando suas ações e propostas em um modelo nuclear de família, modelo que não é mais maioria na realidade brasileira. Cuida-se na maioria das vezes de indivíduos isolados e não da família enquanto unidade, enquanto se reproduzem expectativas idealizadas e julgamentos que dificultam um cuidado ampliado.

Com o ingresso no mestrado, em 2013, avaliamos pertinente dar continuidade ao estudo do tema e problematizar a questão da família como unidade de atenção e cuidado na Saúde da Família. Porém, um acontecimento fez mudar os rumos do projeto. A aprovação em concurso público como psicóloga e o retorno à Bauru para trabalhar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) fez com que repensássemos a proposta de trabalho. Propusemos então a pensar a relação família e saúde mental, no intuito de conhecer a trajetória percorrida por familiares de usuários do CAPS na busca de cuidados para os problemas de saúde mental e os significados atribuídos ao processo de adoecimento.

Durante a realização das leituras sobre o tema e do trabalho de campo realizado a partir de entrevistas foram se revelando outros aspectos não previstos na pesquisa inicial. Alguns obstáculos decorrentes do cotidiano de um serviço de atenção a pessoas com transtornos mentais graves e frequentes situações de crise se interpuseram no andamento do projeto, principalmente no momento do convite para participação na pesquisa. Outras nuances se revelaram, como a diversificada e complexa trajetória dos cuidadores junto ao usuário da saúde mental, os diferentes arranjos familiares e as relações de cuidado estabelecidas por cada um a partir de suas vivências e potencialidades.

No Capítulo 1 realizamos uma breve retomada histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e as políticas atuais de saúde de mental. Ao final do capítulo apresentamos um panorama geral da saúde mental no município de Bauru, onde a pesquisa foi realizada. No Capítulo 2 nos aproximamos do tema família e saúde mental desde aspectos históricos e conceituais, passando pelo processo de cuidado no interior da família e sua relação com o CAPS. Em seguida, apresentamos a justificativa da pesquisa, seus objetivos, bem como as bases metodológicas nas quais ela se fundamenta, ou seja, o referencial teórico da Psicologia Histórico-Cultural, local da pesquisa, coleta de dados e aspectos éticos. Na apresentação e discussão dos resultados expusemos uma caracterização dos dados obtidos durante o período

de coleta, em seguida uma síntese das entrevistas realizadas e ao final a análise das entrevistas, seguida das considerações finais.

1 - BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS POLÍTICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL

1.1 – Breve retrospectiva histórica

O Sistema Único de Saúde (SUS), implementado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde ([Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90](#)) em 1990, é formado por diferentes instituições pertencentes à União, estados e municípios e tem como diretriz ser aplicado em todo o território nacional através de uma mesma lógica (BRASIL, 1990a; 1990b). Ele está organizado para atender as necessidades da população no âmbito da saúde de forma hierarquizada, conforme a complexidade da situação. De tal modo, encontra-se disposto em três níveis de atenção: Atenção Primária ou Atenção Básica, que pretende ser porta de entrada para os demais níveis; Atenção Secundária, composta por ambulatórios especializados que atendem a demanda de média complexidade e Atenção Terciária, responsável pelo atendimento de complexidade alta.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS. A política de Saúde Mental vem sofrendo grandes alterações, principalmente a partir da década de 1980, dada a conjuntura de redemocratização no país, com a intensificação do processo da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, fundado na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e nos esforços empregados por movimentos sociais em luta pelos direitos das pessoas com necessidade de atenção especial e pelos direitos e condições de trabalho dos que estão inseridos na área de saúde mental. Ela deve ser compreendida como o conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais, marcada por tensões, conflitos e desafios que se apresentam no cotidiano das instituições, serviços e relações humanas (BRASIL, 2005).

Yasui (2006) afirma que a Reforma Psiquiátrica é um processo que traz as marcas de seu tempo e, sendo assim, não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens como movimento social. Esse processo é composto por ações de grupos que “acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre” (p.22).

Muitos autores fazem uma revisão histórica da reforma psiquiátrica no Brasil. Vasconcelos (2014) apresenta uma periodização dessa história mais recente, retomando os processos históricos, políticos, sociais e econômicos organizados em três grandes fases,

situados desde 1978 até os dias atuais. Amarante (1998) apresenta quatro dimensões da Reforma Psiquiátrica, a dimensão epistemológica, política, técnico-assistencial e sócio-cultural. Tenório (2002) e Yasui (2006), entre outros, também percorrem essa trajetória. No presente trabalho optou-se por fazer um pequeno recorte desse movimento, que é complexo e marcado por tensões, e abordar mais diretamente as políticas atuais, o modo como se constituíram localmente e suas implicações para a relação família e saúde mental.

A criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, é considerada um marco do movimento social em luta pelos direitos das pessoas com necessidade de atenção em saúde mental e dos trabalhadores da área. Tenório (2002) ressalta que o movimento reuniu reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, deste modo alcançou grande repercussão e, nos anos subsequentes, conduziu os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial.

Amarante (2007) relata que em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, os participantes do MTSM decidiram realizar o II Congresso Nacional, que ocorreu em dezembro do mesmo ano em Bauru. Nessa ocasião decidiu-se assumir um posicionamento explícito em reação ao papel do hospital psiquiátrico, tendo adotado como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. A história do processo de Reforma Psiquiátrica em Bauru será abordada com maiores detalhes posteriormente.

Ainda neste congresso, o movimento obteve uma intensa transformação, “tornando-se um movimento não mais (predominantemente) de profissionais da saúde mental, mas com efetiva participação de usuários e familiares” (AMARANTE, 2007, p. 78). Uma das possibilidades de participação era a partir das associações de usuários e familiares, algumas delas pioneiras, tais como a SOSINTRA do Rio de Janeiro (criada em 1978), e o Grupo Loucos Pela Vida do Complexo Hospitalar do Juquery, em Franco da Rocha - SP (YASUI, 2006).

Além das associações, a participação e a militância de usuários e familiares podem dar-se em diferentes níveis e instituições, como a participação direta no movimento da luta antimanicomial e de reforma psiquiátrica; nos conselhos de saúde, saúde mental e de outras políticas sociais exercitando o controle social nas políticas públicas; a participação em associações de moradores, sindicatos, outros movimentos sociais, ONG's e participação política direta em partidos políticos e até mesmo no exercício de cargos parlamentares e executivos no aparelho de Estado (VASCONCELOS, 2014).

Como expressão dos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, no ano de 1989 dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001, a Lei Paulo Delgado é sancionada. Entretanto, a aprovação é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações no texto normativo (BRASIL, 2005).

Durante esse tempo são criadas algumas experiências substitutivas interessantes ao modelo hospitalocêntrico, como os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o fato do número de leitos em hospitais psiquiátricos começa a ser reduzido. Foram muitos avanços na organização de uma rede de serviços, além da criação de legislação pertinente ao movimento reformista.

Em dezembro de 2010 foi publicada a portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. As RAS “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

As principais características das RAS são: horizontalização das relações entre os pontos de atenção, trazendo a Atenção Básica como centro da comunicação; foco nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção integral e contínua; o cuidado baseado na atuação multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Cinco redes prioritárias compõem as RAS, entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída em 2011, que visa ao cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011). Seus objetivos gerais são:

I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS é composta por unidades de atenção básica, atenção psicossocial especializada, serviços de urgência e emergência, residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) compõe a rede de atenção psicossocial especializada e possui valor estratégico entre todos os dispositivos, sendo o responsável, junto com a Atenção Básica, pela articulação do cuidado, mantendo a comunicação e estabelecendo processo de cogestão com outros serviços da rede de saúde e dispositivos intersetoriais quando necessário.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário. Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros) e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. São compostos por equipes multiprofissionais, com presença obrigatória de profissional médico com formação em saúde mental (preferencialmente psiquiatra, mas pode ser clínico geral, para o CAPS I e neurologista ou pediatra para CAPSi), enfermeiro, psicólogo e assistente social, aos quais se somam outros trabalhadores do campo da saúde (BRASIL, 2004; 2011).

Existem cinco diferentes tipos de CAPS, a saber:

CAPS I e CAPS II: atendimento durante o dia da população de sua área de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias.

CAPS III: atendimento 24h de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSi: para atendimento durante o dia a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas.

CAPSad: usuários de álcool e drogas, para atendimento durante o dia à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso para tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004; 2011).

Em janeiro de 2012 foi instituída a portaria n. 130 que possibilita a pactuação de CAPSad III que pode se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente (BRASIL, 2012a).

Ainda que existam normatizações que determinam a capacidade quantitativa de atenção de um CAPS, no quesito cobertura populacional, muitos municípios, como metrópoles e capitais, não possui número de serviços suficiente para atender as grandes necessidades da população. Serviços com grandes populações referenciadas não conseguem realizar as funções propostas adequadamente, fator esse que impacta tanto em insatisfação com o trabalho quanto na saúde dos próprios trabalhadores (RIGOTTO et al., 2007).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é essencial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a necessidade dos diversos dispositivos substitutivos constituírem um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. É, portanto, fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O relatório de gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, publicado em 2012, aponta que a cobertura nacional em saúde mental chegou a 72% (considerando-se o parâmetro de um CAPS para cada 100.000 habitantes). O relatório ainda apresenta dados do processo de redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos no país desde o ano de 2002. O ano de 2006 representou um marco importante, pois o investimento na rede de serviços extrahospitais superou os gastos com a rede hospitalar. No final do ano de 2013, a Rede de CAPS atingiu o total de 2.067 serviços e 713 leitos de saúde mental foram habilitados em hospitais gerais (BRASIL, 2014).

Nota-se a desigualdade de oferta de serviços de acordo com as regiões do país, sendo que Sul e Nordeste apresentam os maiores indicadores de cobertura assistencial, enquanto a expansão de serviços nas regiões Centro-Oeste e Norte permanece como um grande desafio. A região Sudeste segue registrando um ritmo de crescimento semelhante ao das regiões Centro-Oeste e Norte.

Implantar serviços substitutivos e dispositivos estratégicos é essencial para a efetivação da Reforma, porém não significa automaticamente uma adesão de trabalhadores e gestores aos seus princípios e diretrizes, como afirma Yasui:

Um crucial equívoco que ocorre é o fato do CAPS ser considerado e implantando como mais um serviço de saúde mental. Ou seja, uma unidade isolada em que se executam ações de profissionais ambulatorialmente. O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nesta proposta. E mais do que reorganização, esta estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde (YASUI, 2006, p. 61).

Um grande desafio que se coloca é superar a visão que reduz o processo de reforma psiquiátrica à mera reestruturação de serviços, muito embora seja evidente que os mesmos tenham de ser radicalmente transformados e os manicômios superados. Porém, esta transformação não deve ser o objetivo em si, e sim consequência de princípios e estratégias. Faz-se necessário pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial enquanto processo social complexo e não como modelo ou sistema fechado (AMARANTE, 2007).

No modo psicossocial de atenção, oposto ao Modo Asilar, algumas premissas são essenciais, tais como: a horizontalização das relações interprofissionais, assim como da relação profissional-usuário; a afirmação da integralidade das ações enquanto princípio; a tentativa de superação da ética da adaptação e a produção de subjetividade singularizada. Outras questões importantes referem-se à compreensão de que o local das práticas em saúde mental seja deslocado do interior da instituição para o território onde o sujeito vive e de que este sujeito deva participar ativamente da instituição com a qual mantém vínculo, assim como de outros espaços na vida exercendo a cidadania e o princípio da participação popular (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2001).

Vasconcelos (2014) afirma que apesar das dificuldades de efetivação das políticas de saúde mental, há que se considerar, do ponto de vista internacional, que o Brasil representa a liderança do processo de reforma psiquiátrica na América Latina e uma significativa diferença em relação a todos os países do mundo. Segundo o autor “a reforma vem sendo realizada aqui em uma dinâmica muito peculiar e própria, em um processo que, apesar de alguns períodos de maior lentidão, é relativamente regular, contínuo e principalmente gradual” (p. 52). Ele ressalta que em qualquer processo de reforma psiquiátrica é importante

considerar o contexto econômico, político e social mais amplo. Destaca que em circunstâncias mais favoráveis ao conjunto de interesses popular - democráticos, o processo tende a avançar de forma mais expressiva. No caso italiano e, principalmente no brasileiro, o acúmulo político de forças sociais populares e do movimento sanitário, por um lado, e do próprio movimento de reforma psiquiátrica e Antimanicomial, em particular, produziram avanços no campo da saúde mental na medida em que ocuparam os espaços políticos na sociedade civil e suas instituições.

Para compreender o modo como esse processo se deu no contexto em que a pesquisa foi desenvolvida é necessário conhecer as particularidades da história da Saúde Mental em Bauru.

1.2 Histórico da Saúde Mental em Bauru

Bauru é um município de porte médio, com aproximadamente 370 mil habitantes, localizado no interior do estado de São Paulo, distante da capital aproximadamente 330 km.

A cidade tem importância histórica no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica e ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), porém, há poucos registros e referências a esse respeito nos materiais que tratam do processo da reforma. Um dos autores que faz menção a essa ocorrência é Lancetti (2014):

O primeiro NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial – foi o da cidade de Bauru. Eu o conheci em 1986, ano de sua fundação. Estava instalado numa casa clara, limpa e aconchegante, com espaços de convivência grupal. A equipe de trabalho era composta por jovens dirigidos por Roberto Tykanori, psiquiatra recém-chegado de Trieste, Itália, com o vigor e as ideias revolucionárias da Psiquiatria Democrática. A equipe era muito unida, com objetivos de trabalho claros e dispostas a inovações. (p. 39)

Em dezembro de 1987 o município foi palco do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, tinha como objetivo envolver a sociedade nas discussões relacionadas à assistência psiquiátrica e ao transtorno mental. Yasui (2006) assinala que um dos fatores que motivou a escolha da cidade foi o fato dela estar, à época, sob uma administração progressista, que favoreceu o apoio para a organização e concretização do evento.

Na plenária de encerramento do evento foi aprovada a data de 18 de Maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial e o Manifesto de Bauru, documento produzido pelos

participantes do Congresso que se posicionavam contra a exclusão e discriminação promovidas pelos manicômios, contra a mercantilização da doença e uma reforma sanitária privatizante e autoritária, por uma reforma sanitária democrática e popular, entre outras bandeiras de luta.

Na época, o Secretário de Saúde, o médico David Capistrano da Costa Filho, abriu espaços para que o movimento ocorresse de forma efetiva, implantando o primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em novembro de 1987 (CADERNO COMEMORATIVO DOS 20 ANOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2007). Lancetti (2014) afirma que “o agenciamento de Tykanori com David Capistrano, então secretário da saúde de Bauru, foi decisivo para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira” (p. 40).

O NAPS tinha como objetivo atender crianças e adultos com sofrimento psíquico, para isso dispunha de uma equipe multiprofissional. As atividades desenvolvidas tinham caráter interdisciplinar e buscavam a prevenção e promoção da saúde, através de ações coletivas cuja prioridade era a reinserção do usuário na sociedade e a promoção de autonomia, numa tentativa de ampliar a compreensão sobre saúde mental e superar ações puramente curativas.

Inicialmente no programa de adultos o carro chefe era o Hospital-Dia, que tinha por objetivo o tratamento intensivo para pessoas com quadros agudos, buscando a manutenção de seus vínculos de trabalho, família e comunidade e evitando internações psiquiátricas desnecessárias. O Núcleo Infantil desenvolvia ações voltadas para as dificuldades de fala, aprendizagem e emocionais. Realizava também ações educativas para familiares e professores em escolas, Unidades Básicas de Saúde e outras instituições (CADERNO COMEMORATIVO DOS 20 ANOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, 2007). Durante os dois primeiros anos de funcionamento do NAPS (1987 a 1989) ele se consolidou também como espaço de formação de trabalhadores de saúde e, no mesmo espaço, funcionou o Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

Além do NAPS outros serviços faziam parte do sistema integrado de saúde mental do município, como os Núcleos de Saúde responsáveis por ações eminentemente preventivas e atividades grupais; o Serviço de Fonoaudiologia; o Ambulatório de Saúde Mental que atendia casos agudos de psicose em geral e alcoolismo crônico por meio de psicoterapia individual, grupal e medicação e o Hospital Manoel de Abreu que atendia casos em situação

de surto ou intoxicação (alcoolismo) com interações de curta duração (KINOSHITA; ZONTA, 1988).

Em 1992 o NAPS, setor adulto, iniciou um processo de ampliação dos programas, investindo em grupos de alcoolistas e familiares. Naquele ano o serviço já dispunha de onze leitos de desintoxicação, tendo em vista que o alcoolismo era responsável por 50 % das internações em hospital psiquiátrico.

Em 1994 foram implantados diversos projetos substitutivos ao modelo manicomial, entre eles destacam-se os Programas: Horta e Jardinagem que possibilitava ao usuário o manejo da terra desde o plantio até a venda do que foi produzido, Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos, o Programa Culinária, Geração de Renda e Programa de Ações Comunitárias.

Em 1996 com o intuito de ampliar a rede de serviços de saúde mental foi elaborado o Projeto de Equipe Mínima de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde, composto por trabalhadores da psicologia, serviço social, nutrição e enfermagem. O projeto visou atender uma deliberação da II Conferência Municipal de Saúde, cuja solicitação referia-se a um trabalho de prevenção e promoção da saúde mental, com uma equipe mínima para cada 50 mil habitantes conforme preconizava a OMS na época. A partir do projeto foram criadas três equipes em três diferentes bairros da cidade.

Em 1998 foram introduzidas estratégias de Redução de Danos aos grupos de alcoolismo, assim como iniciado o atendimento a usuários de substâncias psicoativas em geral.

Em 2001 a Secretaria Municipal de Saúde rediscutiu os serviços de saúde mental de Bauru, buscando compactuar a implantação do novo modelo de assistência, previsto na Lei MS 10.216/01, através dos CAPS. Em 19 de Fevereiro de 2002 foi publicada a Portaria GM 336/02 que redimensiona o modelo assistencial a saúde mental (BRASIL, 2002).

A Divisão de Saúde Mental do município iniciou então um processo de discussão e avaliação para implantação dos novos dispositivos para Bauru, sendo estabelecida a criação de três CAPS, sendo: CAPSad II, CAPSi II e CAPS I, os quais foram apresentados e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde. Esse momento representou um avanço na defesa e ampliação do tratamento extrahospitalar, consolidando os princípios da reforma psiquiátrica.

Tais dispositivos, somados ao Ambulatório Municipal de Saúde Mental, que atende pessoas com transtornos mentais leves e moderados e aqueles com transtornos mentais

graves estabilizados oriundos do CAPSi II, e ao Serviço de Residência Terapêutica que atende portadores de transtornos mentais graves egressos de internações de longa permanência, compõem a rede de atenção de saúde mental em Bauru. Mais recentemente, em setembro de 2014, foi inaugurado o CAPSad III Infantojuvenil que é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes usuárias de álcool, *crack* e outras drogas. A unidade conta com o serviço de acolhimento noturno, que inclui a prevenção de recaídas, redução de danos, proteção em condições de riscos sociais e vulnerabilidade decorrente do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Considerando a população do município e o crescente aumento de necessidades de cuidado em saúde mental, há certa lacuna na oferta de alguns serviços. O projeto de Equipe Mínima de Saúde Mental em Unidade Básica de Saúde, instituído em 1996, não teve continuidade. Os profissionais participantes se aposentaram e não houve reposição, assim como até o momento o município não implementou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹. Outro desafio atual é a atenção à crise e emergências psiquiátricas em período noturno (atualmente essas necessidades são atendidas no Pronto Socorro Central de segunda a sexta-feira). Faltam ainda Centros de Convivência e Lazer, Associações de Usuários e Familiares, iniciativas significativas de inclusão pelo trabalho em saúde mental, entre outros.

De acordo com o texto produzido para o Caderno Comemorativo dos 20 anos da Luta Antimanicomial (2007),

O grande desafio atual da equipe que atua na rede de cuidados de saúde mental de Bauru é articular uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária que seja capaz de dar conta da complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais, fazendo acontecer, através da prática científica, o que está descrito na Lei 10.216/01.

¹Para maiores informações consultar BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008a. Seção 1, p. 47-50 e BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

2 - FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

2.1 Aspectos históricos e conceituais

Falar em família e saúde mental é, em primeira instância, um desafio. Primeiro pela complexidade e abrangência inerentes ao tema, visto que família é assunto que faz parte da vivência de todos os indivíduos em alguma medida, o que leva a compreensões muitas vezes baseadas em experiências singulares que acabam por ser generalizadas e tornam-se parte de um ideário comum, acrítico. Toda e qualquer pessoa, em todo o mundo, terá algo a dizer quando questionada a esse respeito.

Sarti (2004, 2007) propõe que ao invés de definir a família por meio de uma conceituação *a priori* a noção de família seja pensada como uma “categoria nativa”, ou seja, a partir do sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando-o como um ponto de vista. Ela propõe uma abordagem da família como algo que se define por uma história contada aos indivíduos, desde o momento do nascimento, e que por eles será reproduzida e ressignificada de acordo com os distintos momentos e lugares ocupados na família.

Outro fator desafiador relaciona-se aos limites da produção teórica a respeito desse tema, considerando que família e saúde mental são compreendidas nesse trabalho a partir da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. Aspectos gerais dessa teoria serão abordados mais adiante, quando explicitada a metodologia do trabalho. Por ora, vale dizer, que esse referencial teórico é alicerçado na compreensão da realidade a partir do método materialista histórico e dialético, proposto por Marx e Engels.

Netto (2000) afirma que a obra marxiana é tanto inacabada quanto inacabável, tendo em vista que Marx teve que se limitar a estabelecer as bases de sua teoria social, os elementos da crítica da economia política. Deste modo, não explorou com igual intensidade os níveis e instâncias da socialidade na ordem burguesa, não configurando a existência de elaboração teórica centrada em instituições como a família. Isto não significa não ser possível encontrar em sua obra elementos histórico-analíticos para o estudo e compreensão desse tema. Algumas determinações teóricas são valiosas para essa investigação, a saber: a perspectiva da totalidade das formações econômico-sociais concretas, o ponto de vista histórico-sistemático, a relação entre indivíduo e gênero humano, a relação entre divisão social do trabalho e formas de propriedade e a relação entre formas de socialização elementares e tipos determinados de organização de controle e poder.

Apesar da tentativa de alguns autores da tradição marxista, nenhuma das correntes dessa tradição “articulou uma abordagem da instituição família apta para apreender a sua *particularidade* e sua *dinâmica interna* na rede macroscópica das relações sociais” (NETTO, 2000, p. 93). Passar por essa prova é uma exigência ainda não cumprida pela tradição marxista.

Tal dificuldade faz com que se estabeleçam alguns limites na compreensão e articulação teórica e possibilitem algumas aproximações iniciais.

Não cabe a esta pesquisa estabelecer uma definição de família. Tendo em vista que “uma definição geral da família não pode ter importância científica desde que não existe *uma família em geral*. Existem tipos históricos específicos de associações familiares” (CERRONI, 1971, p. 13).

Falar em família implica pensar nesse conceito historicamente, nas mudanças de padrões de relacionamento ocorridas em cada tempo histórico e espaço. Neste sentido, Sawaia (2003) afirma que:

[...] família é conceito que aparece e desaparece das teorias sociais e humanas, ora enaltecida, ora demonizada. É acusada como gênese de todos os males, especialmente da repressão e da servidão, ou exaltada como provedora do corpo e da alma [...]. Todavia, as tentativas e previsões sobre seu desaparecimento não deram certo. Ela continua sendo, para o bem ou para o mal, a mediação entre o indivíduo e a sociedade (p.40).

De acordo com Sarti (2003), desde a revolução industrial, que separou o mundo do trabalho do mundo familiar², e instituiu a dimensão privada da família, passando pelas intervenções tecnológicas como a pílula anticoncepcional e técnicas de reprodução assistida: todos esses acontecimentos atingem diferentemente a concepção de família, instituída pela Constituição Federal de 1988. “Os acontecimentos a ela ligados vão além de respostas biológicas universais às necessidades humanas, mas configuram diferentes respostas sociais e culturais, disponíveis a homens e mulheres em contextos históricos específicos” (p.21). Ainda segundo a autora, “as mudanças familiares têm, assim, sentidos diversos para os diferentes segmentos sociais, e seu impacto incide de formas distintas sobre eles, porque o acesso a recursos é desigual numa sociedade de classes” (p. 26).

² Estes termos, mundo do trabalho e mundo familiar, podem insinuar certa fragmentação, como se existissem mundos distintos. Porém, a autora os utiliza com finalidade didática, certa de que não existem mundos distintos e sim uma totalidade e interdependência.

Engels (1884/1984) tenta reconstituir uma história da família e sua evolução desde tempos primitivos passando pelos estados selvagem, barbárie e civilização, até a constituição da família monogâmica. Em sua análise assinala a existência de diversos sistemas de parentesco e formas de família, como a poligamia, poliandria, o matrimônio por grupos, entre outros e analisa a formação e institucionalização da família em consonância com o aparecimento do Estado Capitalista Moderno.

O processo histórico de constituição da família moderna, cujos valores e costumes persistem até os dias atuais, como a noção de privacidade e intimidade entre os indivíduos, é retratado por Ariès (1975/2011). Para o autor a passagem da família medieval - cuja função era assegurar a transmissão da vida, dos bens e do nome – para a moderna decorreu devido a construção de um novo “sentimento de família”, que foi possibilitado pela transformação de suas relações e atribuições com a criança.

Cerroni (1971) parte das discussões de Enrico Besta (1962) para afirmar que é necessário separar as relações de sexo e de sangue das relações familiares e procura, essencialmente, extrair da família a base de fundamentação constituída por aquelas relações. Assim, “conclui que ela deve ser estudada como uma comunidade não-sexual e não consanguínea, sob a forma de uma comunidade social, articulada, isto é, da relação econômico-social, ou ainda, da relação natural” (p. 16). Tonnies (1963 *apud* CERRONI, 1971), afirma que “o instinto sexual não torna necessária nenhuma convivência durável [...] não existe, portanto, uma conexão genética, estrutural, entre a família e a relação sexual” (p.17).

Além de pensar a família como produção histórica através das relações entre as classes sociais é necessário considerá-la enquanto reprodutora da ideologia. Estudar o grupo familiar partindo do referencial teórico do materialismo e dialético, necessariamente irá conduzir a duas funções: função econômica e função de reprodução e manutenção da ideologia. Embora seja essencial reconhecer as determinações econômicas da estrutura familiar, não se pode esperar que as transformações econômicas produzam, por si mesmas e automaticamente, as mudanças na vida familiar em direção a uma família mais tolerante e promotora do bem-estar emocional de seus membros (REIS, 1992). Para o autor, isso será possível somente quando a família não mais se definir por um fechamento e uma oposição ao mundo extrafamiliar, ou seja, “quando voltar a integrar seus membros na comunidade que a circunscreve. E isso apenas será possível quando a competição deixar de ser o motor do relacionamento entre os homens” (p. 123).

Mesmo diante de grandes mudanças, a família continua sendo objeto de profundas idealizações. Szymanski (1996, 2010) aponta duas categorias surgidas em pesquisa realizada com famílias em um bairro da periferia de São Paulo sobre o significado de família: „família vivida“ e „família pensada“. A família vivida refere-se aos modos de agir habituais dos membros de uma família. É a que aparece no agir concreto do cotidiano e que poderá ou não estar de acordo com a família pensada. A família pensada é um modelo, impessoal e em alguns casos demanda uma organização que é impossível dentro das circunstâncias vividas.

Gabardo, Junges e Selli (2009) destacam outro aspecto importante na atenção à família a depender do posicionamento do profissional: “um dos desafios que o profissional da saúde enfrenta é se „a saúde da família significa a soma da saúde dos indivíduos que a compõem ou, a família também é possuidora de um „estado de saúde“ que pode ser identificado, diferente da saúde de seus membros?“ (p.94).

Parece importante, embora de difícil realização, a tentativa de se considerar a família enquanto unidade de atenção e cuidado nas propostas da saúde mental. Vasconcelos (1999), afirma que nas políticas de saúde coletiva de modo geral, coexistem políticas sociais estruturadas de forma fragmentada. Os vários direitos sociais da mulher, da criança, do idoso e do trabalhador nos campos da saúde, educação, lazer, segurança e meio ambiente, geraram diferentes programas e instituições, conflitando e competindo entre si.

A grande maioria se dirige para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, o que reflete a ideologia mercantil hegemônica, para a qual a iniciativa individual em prol dos interesses particulares é a base do progresso e do bem-estar social (1999, p. 7).

O autor destaca o fato de que “as atenções hoje prestadas à família são ainda conservadoras e pouco eficientes porque estão presas a uma cultura tutelar de relação com as classes populares” (p. 11), ressaltando certa dificuldade dos trabalhadores em lidar com a autonomia da família por não confiar em sua capacidade e a tentativa de criar estratégias de cuidado baseadas no controle.

Dimenstein et al (2010) indicam que o investimento das políticas públicas na família não é recente. Desde o século XIX, o Estado tem investido esforços no sentido de ter a família como aliada e multiplicadora de seus princípios visando à produção de um ordenamento social. No campo da saúde pública isso se evidencia especialmente em políticas sociais mais recentes, como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Entretanto, essas alianças sempre estiveram reguladas por

perspectivas normativas acerca dos modelos familiares, seu funcionamento, sua dinâmica social e psicológica, bem como dos modos de cuidar uns dos outros.

Enquanto a família é afirmada como referência nas políticas públicas, o Estado participa cada vez menos na provisão de bem-estar e a garantia de política pública de caráter universal dá lugar às políticas públicas nos segmentos mais empobrecidos. Concomitantemente, o mercado tem se fortalecido significativamente como instância de provisão de bem-estar, exemplo disso é o aumento da participação da iniciativa privada nas áreas de saúde e educação (MIOTO, 2010).

Rosa (2011) assinala que a partir dos anos 1970, com a reorientação das políticas públicas pelo ideário neoliberal, a família ganhou outra visibilidade e suas funções se intensificaram. Muitas funções anteriormente assumidas pelo Estado são devolvidas às famílias e, ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em consequência da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural. A família, então, encontra-se sobrecarregada pela crise econômica que gera desemprego de seus integrantes ou com a impossibilidade de participar do mundo do trabalho em função de novas necessidades acarretadas pelo enxugamento dos gastos sociais por parte do Estado. Um exemplo é o cuidador de pessoa com transtorno mental que se vê obrigado a abandonar o emprego para assumir as atividades de cuidado em tempo integral. Nesse caso, o transtorno mental agrava as já precárias condições do grupo à medida que impõe exigências específicas de cuidado e atenção.

Em síntese, é necessário considerar as transformações históricas pelas quais passam as famílias e o modo como são afetadas pelas determinações político-econômicas. Em se tratando de famílias com a particularidade de ter um dos membros adoecido psiquicamente há outras considerações importantes, como o modo de lidar com o adoecimento e a organização do processo de cuidado no grupo familiar.

2.2 Família, saúde mental e processo de cuidado

Há várias definições para cuidado que, em geral, envolvem aspectos como atenção, carinho, responsabilidade, precaução e dedicação. A vida cotidiana é importante dimensão na produção do cuidado ao oferecer múltiplas questões que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam. O “dia-após-dia” delimita tempos, espaços, interações, ou seja, um modo de vida. A produção de cuidado se faz contextualizada

e é experiência resultante de aspectos políticos, sociais, culturais e históricos que se traduzem na ação de `cidadãos` sobre os `outros`, exercendo efeitos e repercussões na vida dos sujeitos e se configurando enquanto experiência humana. (PINHEIRO, 2008)

No Guia prático do cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2008, há uma definição sobre o que é considerado um bom cuidador: aquele que observa e identifica o que a pessoa cuidada consegue fazer sozinha, avalia suas condições e a auxilia em suas atividades. Cuidar não é sinônimo de fazer pelo outro, mas ajudá-lo em suas necessidades, estimulando-o a desenvolver sua autonomia, mesmo que em pequenas tarefas. Esse empenho exige paciência e tempo. É importante observar que nem sempre se escolhe o papel de cuidador, especialmente quando os cuidados são direcionados a um familiar ou amigo. A tarefa de cuidar é complexa e permeada por sentimentos diversos, por vezes contraditórios (BRASIL, 2008b).

Em estudo realizado com pacientes e seus cuidadores acompanhados pelo serviço de Pós Alta Hospitalar de um Hospital no Rio Grande do Sul foram observadas diversas formas de cuidar relacionadas com fatores como dinâmica familiar, valores culturais e condições socioeconômicas. Foram identificados os tipos mais comuns de cuidadores observados nas famílias, a saber: cuidadores dedicados que possuíam como características empatia, carinho, comprometimento e disposição; cuidadores por obrigação que cuidam por não haver outra pessoa a cumprir esse papel e percebem essa atividade como um dever moral a ser cumprido em família; cuidadores sem iniciativa que apresentam resistências em relação às orientações de cuidado e outras dificuldades que não puderam ser aprofundadas (RESTA; BUDÓ, 2004).

Há uma questão de gênero bastante importante quando se pensa no provimento de cuidado doméstico. Essa tarefa é frequentemente designada e assumida quase que naturalmente por mulheres. Rosa (2011), atenta para a relação mãe – filho com transtorno mental. Segundo a autora, a mãe é pressionada socialmente para assumir o provimento de cuidado ao mesmo tempo em que tem essa obrigação internalizada. Desta forma, estabeleceu-se um tipo de interação relativamente unilateral, com poucas possibilidades de escolha por parte da mãe e até mesmo da pessoa com transtorno mental. Essa situação gera além de sobrecarga de trabalho uma dificuldade em compartilhar a responsabilidade, apesar de reivindicar a participação de outros no cuidado. Um processo contraditório envolve essa relação: o ato de cuidar implica certo isolamento no espaço privado e sobrecarga em um cuidador, em geral a mãe. Ao mesmo tempo, esse cuidador tende a centralizar e assumir todos

os encargos e processos inerentes ao cuidado. Essa tendência é observada e, muitas vezes, pode ser generalizada para a aceitação de tarefas referentes a todo o grupo familiar.

Outros elementos apresentam-se ao se pensar o cuidado da pessoa com transtorno mental\sofrimento psíquico, como o medo do cuidador. Quanto mais medo o cuidador tem da pessoa e maior preocupação com sua segurança, mais restringe sua área de circulação. Isola-o no ambiente familiar ou recorre à internação. Ao mesmo tempo, quanto mais a pessoa com transtorno mental se nega a receber cuidados e assumir o controle de seu tratamento, situação frequente em saúde mental, mais tende a exigir do cuidador em questões emocionais e temporais.

O processo de cuidado em saúde mental requer a realização de diversas atividades no cotidiano que se aproximam do que encontramos no cuidado ao idoso. Neri e Sommerhalder (2001) estabelecem algumas tipificações do cuidado e afirmam que elas raramente ocorrem de forma isolada, pois está relacionado, em partes, ao maior ou menor grau de dependência da pessoa idosa: quanto maior o grau de dependência maior a necessidade de auxílio.

Tipos de ajuda:

- Material (recurso financeiro e outros recursos objetivos que mantêm, aprimoram as condições ou facilitam a vida da pessoa);
- Instrumental (realizar ajuda direta em atividades de vida diária, tais como atividades de autocuidado e o cuidado dentro e fora do domicílio, como tomar remédios, realizar afazeres domésticos, ir a consultas);
- Socioemocional (fazer companhia, visitar, conversar, ouvir, confirmar, aconselhar, consolar);
- Cognitivo-informativa (explicar, auxiliar a tomada de decisões, entre outros).

Os cuidados também se diferenciam em relação à:

- *Intensidade* (fraca x moderada x forte) *ou à quantidade* (pouca x média x muita) *da ajuda;*
- *Grau de esforço ou de dificuldades envolvidos* (pequeno x médio x grande);

- Local *onde a ajuda acontece* (dentro x fora do domicílio), com a colaboração ou sem a colaboração de outras pessoas, com a periodicidade do envolvimento de outras pessoas (ajuda regular x esporádica) e com o tipo de ajuda fornecida em cada ocasião (física x cognitiva x emocional);.
- Padrões *temporais envolvidos na ajuda*:
- Contínuas x descontínuas;
- De início recente x distante no tempo;
- De início súbito x gradual;
- De longa x curta duração;
- Constantes x esporádicas.

Repensar as formas de cuidado e construir novos modos de se relacionar, mais criativos e solidários, considerando as potencialidades e dificuldades de cada família, é especialmente importante no trabalho desenvolvido em saúde mental.

Agenciar o problema social da loucura de modo a incluí-la socialmente e considerar as pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, histórica e popularmente designadas como loucas, enquanto sujeitos de direitos, deveres e desejos impõe a necessidade de refletir e refazer práticas, saberes, espaços e formas de cuidado. Implica também rever o papel das famílias e as relações estabelecidas ao longo da história entre sujeito-família-instituição/trabalhadores da área.

Segundo Duarte e Kantorski (2011), uma das mudanças proporcionadas pela reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de estimular a família a participar do cuidado junto aos serviços de saúde, considerando que ela é, na maioria das vezes, a unidade de cuidado para seus membros.

No modelo manicomial a família era excluída do tratamento e por vezes considerada como a causadora do sofrimento psíquico. A ela era atribuída à incapacidade de gerenciar os afetos e disciplinar os impulsos do seu componente fragilizado psiquicamente, essa afirmação era utilizada como justificativa para o isolamento social das pessoas em sofrimento, o que por muitas vezes decorria em longos períodos de internação, até mesmo por toda a vida.

Em relação aos familiares de pessoas com transtornos mentais, Melman (2006) aponta que “o fechamento da família nuclear sobre si mesma, associado à supervalorização, à intensificação e à idealização das relações familiares, tem relação estreita com os processos de culpabilização dos membros de uma família” (p.141). Muitos profissionais contribuíram, de maneira heterogênea, com as forças de suas teorias e práticas em saúde mental para radicar a família nuclear nesse difícil lugar.

No modo de atenção psicossocial compreende-se a importância da participação familiar no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. A família deve ser estimulada a participar ativamente do cuidado junto aos serviços de saúde, compartilhar com ele suas angústias e dificuldades e estabelecer parceria para a construção coletiva de estratégias adequadas para lidar com o sofrimento e os impactos sofridos no grupo familiar. Estimular a família pode contribuir para que ela desempenhe um papel potencializador do desenvolvimento humano e facilite o acesso a direitos sociais, ampliando a atuação do familiar psicologicamente adoecido enquanto sujeito social ativo rumo à ampliação de sua autonomia.

Esse processo não é estável, nem fácil, exigindo do usuário, da família e da equipe empenho, disponibilidade, credibilidade e construção de vínculo.

Para Dimenstein et al (2010), produzir um cuidado em saúde mental baseado no acolhimento, no vínculo e na responsabilização demanda o enfrentamento dos problemas relacionados ao modo de funcionamento dos serviços e da rede de saúde de uma forma geral.

Em trabalho realizado com mulheres em sofrimento psíquico atendidas num serviço de saúde mental, Nogueira (2009) observou que o que propiciou o início da busca de cuidados nos serviços de saúde para muitas mulheres foi o mal-estar corporal, sendo que as mesmas tinham dificuldade de perceber que algumas alterações de comportamento e emocionais eram uma demanda a ser tratada nos serviços de saúde. Na maioria das vezes, segundo a autora, foram familiares ou trabalhadores da saúde que identificaram que os sintomas apresentados pelas mulheres necessitavam de cuidado especializado e orientaram e estimularam que elas procurassem ajuda para o que sentiam.

Mângia e Yasutaki (2008) em investigação sobre os itinerários terapêuticos identificaram que a busca de cuidado não é orientada, à priori, por um modelo específico, mas ocorre de acordo com as respostas reconhecidas socialmente. As escolhas são orientadas segundo necessidades práticas, podendo inclusive se utilizar de várias formas de cuidado por vezes até contraditórias entre si.

O trabalho com famílias exige um comprometimento por parte dos trabalhadores de saúde no sentido de ampliação do espectro epistemológico e teleológico das práticas de saúde envolvidas. A compreensão das demandas e necessidades da família, assim como de suas representações sobre o adoecimento implica a integralidade do atendimento, a subjetividade do projeto terapêutico e a dimensão psicossocial (JORGE; PINTO, 2010). Diante da complexidade dessa tarefa, corre-se o risco de reduzir e empobrecer a demanda, oferecendo-lhe somente os recursos mínimos já constituídos e institucionalizados (MELMAN, 2006).

Rosa (2011) discute os impactos do transtorno mental na família e afirma que, embora haja condições objetivas de vida em comum entre as diferentes famílias, o que permite certas características gerais em relação ao modo como lidam com o transtorno mental, os desdobramentos variam de um grupo familiar a outro, a depender de sua localização na estrutura social e de sua singularidade, sua história biográfica particular. Aponta ainda que apreender o impacto do transtorno mental em famílias em situação de pobreza, com insuficientes recursos econômicos, é uma tarefa de complexidade peculiar. Outros fatores como o analfabetismo, a violência doméstica, o alcoolismo, o desemprego, subemprego, submoradia e a destituição de direitos associam-se cotidianamente às privações econômicas e às enfermidades.

Em pesquisa realizada pela mesma autora em um hospital psiquiátrico em Teresina, Piauí, para compreender as relações entre a família e o portador de transtorno mental, verificou-se que dentre o grupo pesquisado 30,19% das famílias eram monoparentais, a maioria chefiada por mulheres, e predominavam as famílias em situação de pobreza, com 79,79% vivendo com renda familiar de até três salários mínimos (ROSA, 2011). Situações como essas são comuns no cotidiano dos serviços de saúde mental, onde muitas vezes se faz necessário encaminhamento a outros serviços tendo em vista a necessidade de realização de um trabalho articulado numa rede intersetorial.

Rosa (2011) discorre sobre algumas estratégias de enfrentamento, expectativas e sentimentos comuns às famílias quando ocorre o adoecimento psíquico de um de seus membros, a saber: normalização dos sintomas, ou seja, tentativa de manutenção da rotina habitual integrando a mudança provocada pelo adoecimento como fato corriqueiro; medo do efeito contagioso do transtorno mental em outros integrantes da família e medo de reações agressivas por parte do familiar adoecido; sentimento de desorientação e desnorreamento diante da situação desconhecida até então, além de sentimentos ambivalentes. Outras

manifestações comuns são a superproteção, sentimento de culpa, infantilização e dificuldade de reconhecer a autonomia e singularidade do sujeito em sofrimento psíquico.

A autora assegura que vários processos envolvem a relação da pessoa com transtorno mental com sua família, assim como há variadas representações acerca da pessoa adoecida mediatizada pelas características de sua própria personalidade, pela qualidade dos relacionamentos estabelecidos, especialmente anteriores ao desenvolvimento do transtorno mental, bem como pelas características do próprio transtorno apresentado.

O impacto provocado pelo transtorno mental no grupo familiar está diretamente relacionado à posição que o sujeito adoecido ocupa na família. O transtorno mental vai afetar a família na medida em que atinge aqueles sujeitos que ocupam papel estruturante na organização familiar. Nos homens que geralmente assumem o papel de provedor financeiro o adoecimento tende a comprometer a renda familiar. Nas mulheres que usualmente assumem o papel de esposa, mãe, dona de casa, o transtorno mental parece afetar muito mais a família, porque ela é o elo organizador do grupo. Nesse caso, os filhos costumam ser os mais afetados. Não obstante, como a identidade da mulher está vinculada ao espaço doméstico, mesmo em situações de crise ela consegue geralmente manter algumas tarefas (ROSA, 2011).

Pode-se entender o sofrimento como vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa, tal compreensão permite que a abordagem do sofrimento psíquico – seja ele encontrado em situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses – possa adquirir maior clareza e estratégias de ação mais *racionais* e abrangentes (BRASIL, 2013). Uma dessas estratégias possíveis é o Projeto Terapêutico Individual ou Singular (PTI ou PTS). O cuidado prestado no CAPS deve ser desenvolvido por intermédio do PTS, envolvendo em sua elaboração a equipe, o usuário e sua família. A organização do cuidado deve estar sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo processo de cogestão permanente e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2011).

Esse sofrimento enquanto vivência da ameaça de ruptura estende-se também à família, haja vista que se estabelece uma relação dialética e razoavelmente indivisível entre usuário – família, ambos se encontram numa situação de deslocamento de afetos, mudança de papéis sociais e reorganização de sua dinâmica interna.

Para Jorge e Pinto (2010), “a construção sócio-histórica do conceito de doença mental desenvolve-se no processo de vida das populações, sociedades e comunidades” (p.

336). Assim, é preciso compreender o entendimento da família a respeito do transtorno mental e suas formas de lidar com essa questão.

Hiller, Bellato e Araujo (2011) assinalam que o modo de adoecer tem vinculação direta com o modo de viver da pessoa, bem como de sua família, pois o adoecer não é “um evento a parte” na vida, mas, sim, parte do próprio viver. Logo, as pessoas vivenciam o adoecimento e produzem cuidados de modo intersubjetivo.

O cuidado é personalíssimo, produzido por um cuidador no contexto de sua condição e modo de vida, respondendo àquilo que o cuidador entende que sejam as necessidades da pessoa adoecida, bem como dependente do modo como esta reage ao cuidado. Dessa forma, entendemos que o cuidado só é possível dentro das relações (p.548).

O transtorno mental e o sofrimento psíquico são, em alguns casos, condições crônicas de saúde que requerem cuidado contínuo e prolongado, sem que haja necessariamente uma perspectiva de cura. Se considerarmos que na maioria dos casos a família é a principal responsável pelos cuidados, e nesse aspecto podemos pensar em cuidado de maneira ampliada, temos de imaginar que essa família também necessita ser acompanhada. Cuidar muitas vezes implica em sofrimento, sobrecarga, custo econômico, disposição afetiva, reorganização familiar e renúncia profissional em muitos casos. Esses custos, objetivos e subjetivos, são de difícil mensuração e por vezes tornam-se invisíveis para os serviços e profissionais de saúde.

Hiller, Bellato e Araujo (2011) apontam que “o cuidado às pessoas doentes realizado pela família tende a se perder na enormidade de atividades que compõem o seu cotidiano, sem que a ele se atribua valor, a não ser na sua ausência” (p.544)

O papel de cuidador, com frequência atribuído à mulher, implica em disponibilidade temporal, periódica ou indefinida, interrupção de projetos pessoais, investimento emocional e econômico, em geral sem garantia de nenhum retorno, nem retribuição. A mulher tem seu espaço de vida invadido pelas demandas de cuidado. A divisão social e sexual do trabalho se reproduz no interior do grupo familiar, a mulher reproduz o papel assumido na sociedade contemporânea enquanto provedora de afeto, realizadora de tarefas/atividades gratuitas no espaço privado (ROSA, 2011).

Estevam et al (2011) apontam como resultado de investigação com familiares sobre a convivência com o transtorno mental, que o preconceito e discriminação continuam

fazendo parte não apenas da vivência do portador de transtorno mental, mas que se estendem à toda a família, que de certa forma fica marcada socialmente.

Os suportes sociais recebidos tanto por usuários da saúde mental quanto pelos seus familiares são fundamentais, haja vista que uma rede social fortalecida ajuda os indivíduos a compartilharem experiências e enfrentarem situações estressantes. As redes de apoio social são compostas pelas relações que o sujeito percebe como significativas, nas quais podem estar incluída família, amigos, colegas de trabalho, entre outros. Uma rede social pessoal estável, ativa e confiável protege o indivíduo em sua vida diária, favorece a construção e manutenção da autoestima e acelera os processos de recuperação da saúde (BRUSAMARELLO, 2011). Melman (2006) lembra que os vínculos estabelecidos no cotidiano dos serviços de saúde também fazem parte da rede e que a multiplicidade de relações que compõe uma instituição pode gerar uma oferta de possibilidades de rede mais ampliada e forte, capaz de mais suporte afetivo e material.

Sarti (2007) afirma, a partir de pesquisa realizada na periferia de São Paulo, que as famílias pobres organizam-se em redes e não em núcleos, contrariando a ideia corrente. Para eles, a extensão da família corresponde à da rede de obrigações que envolvem o parentesco como um todo: faz parte da família aqueles com quem se pode contar, em quem se confia para compartilhar certas obrigações morais. Isso age ao mesmo tempo como dificultador da individualização e viabilizador da existência como apoio e sustentação básicos. A autora esclarece ainda que se no geral a família possui um valor alto, entre as famílias pobres sua importância é central. A família, para eles, vai além da rede de apoio diante do desamparo social, ela constitui referência simbólica fundamental, que organiza e ordena sua percepção do mundo, dentro e fora da família.

Em pesquisa realizada por Brusamarello (2011), as pessoas com transtorno mental e familiares participantes relataram que a rede social de apoio favorece o desenvolvimento humano e tem como um dos objetivos preencher a necessidade de relacionamento interpessoal, em aspectos físicos e afetivos. Ao se conscientizarem de sua rede e do próprio papel na dinâmica das relações, as pessoas tendem a mudar comportamentos, expandir a capacidade de enfrentar situações difíceis e melhorar a autoestima. Tais fatores podem contribuir na prevenção de doença e promoção da saúde, favorecer a autonomia e fomentar mudanças terapêuticas importantes.

Outros fatores importantes para a reabilitação psicossocial e inclusão foram apontados em pesquisa desenvolvida por Salles e Barros (2013), a saber: o desenvolvimento

de atividade produtiva e participação no mercado de trabalho, a possibilidade de frequentar diferentes espaços sociais e desenvolver atividade de estudo e a aceitação das diferenças.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela portaria em 2011, compreende entre outros pontos de atenção a existência de centros de convivência e cultura, iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. Tais pontos são potencialmente formadores de redes de apoio a usuários e familiares. As associações de usuários e familiares também se apresentam enquanto organizações importantes para além do papel de rede de apoio possibilitam o envolvimento dos participantes nas discussões das políticas de saúde mental (BRASIL, 2011a).

2.3 A família e a relação com o CAPS

Yasui (2006) defende que o CAPS deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se efetiva na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Assim sendo, 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” (p.107).

A inserção da família no CAPS pode se dar por meio de diversas estratégias, tais como acompanhamento nos atendimentos individuais e grupais, participação em grupo de família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, entre outros.

Camatta e Schneider (2009), afirmam que é necessário criar e diversificar as estratégias no trabalho da equipe do CAPS com as famílias. Para eles “a ocupação de diferentes espaços sociais (cenário das ações da equipe), poderá facilitar a inserção efetiva da família junto ao CAPS. Assim, as ações da equipe ocorreriam num cenário mais amplo, repleto de possibilidades para a promoção da saúde mental das pessoas” (p. 397,398).

O apoio e as intervenções permanentes nas famílias, somados à assistência direta aos sujeitos adoecidos, podem reduzir situações de crise. Cabe aos profissionais identificar situações críticas, possíveis promovedoras de crise e intervir na medida do possível junto ao indivíduo e à família.

As vivências intensas em torno do transtorno mental mobilizam os familiares na busca de alternativas, impelindo a um movimento de exploração de novos sentidos e

mudanças. Para tanto, os familiares precisam de espaços interessantes para se expandir. Espaços onde possam expressar-se de modo mais livre e autêntico, que estimulem a expansão das vivências subjetivas em seu universo interno e busquem as transformações da realidade externa. (MELMAN, 2006)

A equipe de saúde precisa se dispor a conhecer as famílias, o modo como se organizam, os significados e sentidos que atribuem ao processo de adoecimento, seu modo de viver e de cuidar, saber realizar escuta livre de preconceitos e estigmas (família estruturada x família desestruturada, por exemplo), conhecer as potencialidades e limitações que possuem para que consiga realizar orientações e intervenções satisfatórias e adequadas ao cuidado dos indivíduos mediante o conhecimento de sua realidade histórico-cultural.

Lancetti (2014) atenta para o fato de que a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade e em seus problemas e são por vezes dominados por uma corrente tecnocrática e burocrática que os fazem envelhecer prematuramente. Os CAPS tornam-se serviços cronificados, altamente repetitivos com profissionais regidos pelas dificuldades e enclausurados em seu corporativismo.

A equipe é o principal instrumento de intervenção, criação e produção de cuidados em saúde mental. Para a efetivação dos cuidados é necessário o agenciamento de afetos para produzir vínculos e a negociação de interesses divergentes. A construção de um projeto de cuidado se dá nas relações que emergem no encontro entre a demanda e o sofrimento do usuário com o trabalhador, sua subjetividade e seu arsenal de saberes e instrumentos (YASUI, 2006).

O usuário em crise que se recusa a ir ao serviço; a família que exige internação em um hospital psiquiátrico de seu membro; o morador de rua que incomoda os vizinhos; o usuário que estabelece uma relação de dependência com o serviço. Exemplos de situações que são desafios cotidianos que a equipe encontra e nas quais se apresenta a tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se conhece e um outro que se pretende construir. Retomando a citação que apresentei o cuidado é a arte do encontro embora haja tantos desencontros pela vida. Desencontro que se manifesta no modelo psiquiátrico hegemônico que ainda prevalece nas ações de cuidado de muitos serviços que apenas se nomeiam como CAPS. (p.134,135)

Uma ferramenta para a realização do trabalho voltado às famílias é a reunião de equipe e/ou reunião de discussão de casos. Para que isso seja possível torna-se necessário a organização do processo de trabalho, com o planejamento de atividades, avaliações

constantes, participação e corresponsabilização dos trabalhadores. A discussão de casos de famílias requer a participação da equipe multiprofissional e, em alguns casos, o empreendimento de um trabalho intersetorial, afim de que se construam projetos coletivos.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dos recursos geralmente dedicados a situações mais complexas, utilizado há muito tempo na área de saúde mental, incorporado mais recentemente nas discussões sobre clínica ampliada e humanização em saúde, que possui quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2007).

Segundo Carvalho e Cunha (2006):

O Projeto Terapêutico nada mais é do que uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à Saúde Mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe e de considerar outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e a medicação no tratamento dos pacientes. Portanto, é uma reunião de toda equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definição de propostas de ações (p. 847).

Ainda segundo os autores, o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, como também é conhecido, é mais adequado porque destaca a possibilidade do projeto ser elaborado para grupos ou famílias e não apenas indivíduos, além de enfatizar a busca pela singularidade como elemento central de articulação.

Em pesquisa realizada por Borba et. al (2012), sobre a percepção de familiares e portadores de transtorno mental sobre a assistência em saúde mental amparada no modelo psicossocial, foi relatado que a convivência familiar antes do início do tratamento no NAPS ou CAPS era insustentável, permeada por discussões e brigas, tendo em vista que a família não compreendia a doença nem o comportamento manifestado pelo familiar adoecido. Entretanto, após a participação em reuniões oferecidas à família pelos serviços, a convivência melhorou, passaram a receber esclarecimentos, orientações sobre a doença, a compartilhar experiências. Os participantes da pesquisa relataram que a grande contribuição do modelo psicossocial para suas vidas foi justamente a melhora na convivência a partir do momento que entenderam e aceitaram a doença por meio das orientações e da mediação de conflitos.

Kebbe et al (2014) destacam a necessidade de criação e aperfeiçoamento das ações ofertadas pelos equipamentos de saúde mental. Tais ações devem preparar o cuidador para um auxílio eficaz no domicílio e na comunidade onde vivem, espera-se que ao apreenderem estratégias adequadas para o cuidado, os responsáveis poderão melhor se ocupar,

readequando suas atividades cotidianas e melhorando sua qualidade de vida. Algumas possibilidades são a oferta de espaços de escuta e a construção dialógica de estratégias entre profissionais, usuários e familiares.

Dimenstein et al (2010) afirmam que há uma articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, faz-se necessário repensar sua função na rede, rever seu modelo de funcionamento e a formação acadêmica de seus profissionais, ainda insatisfatória para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. A articulação entre CAPS e atenção básica, especialmente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresenta enorme potencial de ação. A integralidade das ações no território e a permanente interlocução com o mesmo constituem parâmetros do modo psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

A ESF constitui apoio potencial nas ações realizadas pelo CAPS, dadas suas características próprias, como a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a atenção à família e a proximidade do território que favorece o estreitamento de vínculos entre profissionais, família e comunidade, fator fundamental no cuidado a saúde mental. Para Lancetti (2014), “a estratégia da família é uma práxis na qual a saúde e a saúde mental se articulam de tal modo que saúde e saúde mental chegam a fundir-se” (p.49).

Cabe aos CAPS realizar ações que envolvam o fortalecimento de vínculos entre as pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares. Algumas ações possíveis são:

- Ações de educação em saúde (auxílio na compreensão do quadro psíquico, identificação de sintomas, tratamento, dúvidas, manejo de crises, colaboração no desenvolvimento de estratégias para lidar com as dificuldades, entre outros).
- Oferta de espaço de acolhimento e escuta
- Realização de grupo de orientação aos familiares
- Oferecimento de atendimento individual quando necessário à família
- Realização de visita domiciliar
- Estímulo e promoção da participação de usuários e familiares em assembleias e oficinas
- Oferecimento de dispositivos da rede social de apoio aos familiares e realizar os encaminhamentos quando necessários
- Promoção de discussões de caso e estabelecimento de estratégias de articulação em rede

- Organização de atividades e eventos para promoção da integração usuário-família-equipe-comunidade

Diante da complexidade das ações necessárias para atuação em saúde mental, baseada nos princípios da reabilitação psicossocial e do modo psicossocial de atenção, muitos desafios se apresentam, tais como:

- A substituição das relações tutelares com os usuários pelas relações contratuais, estimulando a autonomia e a produção de novos sentidos.
- O estímulo à co-responsabilização do usuário e da família no tratamento.
- A implantação do apoio matricial em Saúde Mental como um recurso potencializador no cuidado em saúde mental.
- O fortalecimento do trabalho em equipe e da articulação em rede intersetorial.
- A garantia de espaços de reflexão, educação continuada e supervisão institucional com a equipe para que ela possa constantemente repensar sua atuação e abordagem com usuários e familiares.

De acordo com documento produzido pelo Conselho Federal de Psicologia (2013) a prática nos CAPS consiste em um embate entre a tradição e a invenção, impõe a necessidade de construir o novo e negar o velho; criando diariamente outro paradigma para o cuidado com a loucura. Para que seja realizável é imprescindível que a cidadania seja condição preliminar para o tratamento, só assim é possível estabelecer uma relação de cuidado de duas vias, onde nos dois polos – terapeuta/paciente deve-se sempre encontrar um cidadão.

3. JUSTIFICATIVA

A mudança do modelo de atenção em saúde mental pressupõe a existência de uma rede diversificada de serviços de saúde mental de base comunitária, capaz de atender com resolubilidade as pessoas que necessitem de cuidado. Além dos serviços específicos de saúde mental esses dispositivos devem estar articulados à rede de saúde em geral, assim como vinculados a outros projetos, dispositivos intersetoriais e recursos da comunidade. A articulação em rede e os espaços coletivos de troca entre as equipes dos diferentes serviços são necessários para que a atenção psicossocial possa ser construída de maneira que atenda as reais necessidades dos seus usuários e familiares.

Tendo em vista a crescente demanda relacionada à saúde mental e a busca por serviços de saúde, nesse caso em especial o CAPS I, considera-se necessário investigar o percurso de famílias em busca de cuidados em saúde mental para os seus membros e a maneira como esse cuidado é gerenciado na própria família. É de suma importância conhecer quais os recursos buscados e os significados atribuídos ao processo de adoecimento, visando obter informações que possam contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental e para a qualificação do trabalho em rede.

Cabe ainda apontar como justificativa a necessidade de avançar na formulação teórico-conceitual acerca da Psicologia Histórico Cultural e a família. Assim como progredir na elaboração da família como unidade de cuidado, garantindo o tensionamento indivíduo-sociedade que a psicologia social crítica propõe.

4. OBJETIVO

Compreender o cuidado em saúde mental na família e os significados atribuídos ao processo de adoecimento psíquico por familiares de usuários de um CAPS I.

5. MÉTODO

5.1 Referencial Teórico

Trata-se de uma pesquisa cujo referencial teórico utilizado é o da Psicologia Histórico-Cultural, fundamentada na compreensão da realidade a partir do método materialista histórico e dialético, que possui como um de seus principais representantes Liev Semiónovitch Vigotski.

Martins (2008) lembra que é importante destacar o significado conferido às expressões *materialismo* e *histórico*. Marx e Engels, proponentes do materialismo histórico-dialético, partem do princípio de que a realidade e todos os seus fenômenos constituintes são materiais. Ou seja, existem objetiva e independentemente da consciência. O que significa dizer que a consciência e o pensamento humano são apropriações do mundo objetivo, assim como sensações, ideias e conceitos originam-se na materialidade do real. O método materialista histórico-dialético pretende captar e reproduzir no pensamento o movimento do real.

A realidade objetiva, por sua vez, não é estática, ela é constante movimento, é a história de suas mudanças. Para a autora,

a história [...] diz respeito ao movimento e as contradições do mundo, dos homens e de suas relações. Inclui o processo de evolução dos seres vivos, o processo de complexificação pelo qual passa esse ser, que, superando-se como ser biológico, firma-se como ser social e histórico (p.42).

Tais mudanças não se processam de modo eventual, elas são produzidas na e pela relação ativa homem-natureza a partir do trabalho, considerado atividade vital humana.

Vigotski (1935/1983), um dos teóricos da Psicologia Histórico-Cultural, propôs três princípios fundamentais para a análise dos fenômenos³:

- 1) Analisar processos e não objetos: a análise psicológica de processos requer uma exposição dinâmica que contemple o movimento e os principais pontos constituintes da história do processo e não apenas a consideração de objetos estanques.
- 2) Explicação versus descrição: a análise deve revelar um problema sob o ponto de vista do desenvolvimento, revelar sua gênese e suas relações dinâmico-causais.

³ Para maiores informações ver: Vigotski (1931). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Ed. Visor, 1983, cap. 3, “Análisis de las funciones psíquicas superiores” (Obras Escogidas III).

Buscar a essência dos fenômenos psicológicos, sua explicação científica ao invés da mera descrição de suas características perceptíveis/imediatas.

3) O problema do “comportamento fossilizado” (processos psicológicos automatizados ou mecanizados): são processos que por serem repetidos inúmeras vezes tornam-se automatizados, perdem seus indícios de origem e por isso tornam a análise psicológica mais difícil. Deve-se buscar o próprio processo de aparição e o estabelecimento da forma superior tomada em seu aspecto vivo, numa compreensão dinâmica. Cabe ao pesquisador forçosamente alterar o caráter automático, mecanizado e fossilizado das formas superiores de comportamento.

As implicações decorrentes da adoção dessa perspectiva metodológica são várias, entre elas pode-se destacar a tentativa de superar modelos positivistas de investigação, propondo para isso a análise dos fatos na busca de compreender sua essência para além da aparência, indo além da realidade imediata na tentativa de desvelar suas mediações e suas contradições internas.

A relação dialética singular – particular – universal é um princípio do método materialista histórico-dialético. A singularidade diz respeito à aparência do fenômeno, às suas qualidades definíveis irrepetíveis em sua relação imediata. Cada indivíduo humano é um indivíduo único e irrepetível, portanto, singular. Para conhecermos o fenômeno é preciso compreendê-lo além da aparência, buscando captar sua essência. Todo fenômeno singular contém em si determinações universais. O universal não se confunde com as características comuns a todos os objetos e fenômenos, mas sim aos **traços essenciais** dos mesmos. O universal se opõe às expressões singulares e particulares do fenômeno, mas contém em si toda a riqueza do particular e do individual. Isso significa que a relação singular – universal se refere à **relação entre todo e partes** (PASQUALINI, 2010).

Na perspectiva teórica adotada, o homem singular é um ser social, síntese de múltiplas determinações. Em outros termos: “é uma síntese complexa em que a universalidade se concretiza histórica e socialmente, através da atividade humana que é uma atividade social – o trabalho -, nas diversas singularidades” (OLIVEIRA, 2001). A autora ainda afirma que “é, portanto, nesse vir-a-ser social e histórico que é criado o humano no homem singular” (p.2). A complexidade do universal se concretiza na singularidade através das mediações sociais, a particularidade.

Tomemos como exemplo o objeto de estudo desse trabalho: a relação pessoa com sofrimento psíquico ou transtorno mental e sua família. A pessoa e o familiar são indivíduos singulares que se relacionam com o universal (gênero humano), a saber, as objetivações humanas produzidas ao longo da história da humanidade. Essa relação dialética se dá por meio da particularidade, ou seja, a sociedade em uma de suas mediações, no caso a família.

Oliveira (2001) aponta que para o psicólogo e pesquisador é importante compreender a “relação entre a singularidade (indivíduo) e a universalidade (o gênero humano), a qual se concretiza através das múltiplas mediações determinadas pelas relações sociais específicas do contexto (a particularidade) em que este indivíduo está inserido”.

Vigotski (1935/2010), em seus estudos sobre a Pedologia (desenvolvimento infantil) apresenta o conceito de vivência para compreender o papel do meio no desenvolvimento⁴. Ele aponta a necessidade de compreender o papel e significado do meio, sua participação no desenvolvimento da criança a partir da perspectiva de qual relação existe entre a criança e o meio em determinada etapa do desenvolvimento. Não é qualquer elemento do meio tomado de maneira independente da criança que irá influenciar o seu desenvolvimento, mas sim, “o elemento interpretado pela vivência da criança que pode determinar sua influência no decorrer do desenvolvimento” (p. 684).

Para Vigotski, a situação social e as especificidades da criança formam uma unidade. Do ponto de vista psicológico, duas crianças em determinada situação social de desenvolvimento – com idades diferentes – embora estejam no mesmo espaço, não vivenciam de modo semelhante o ambiente. O ambiente não existe em absoluto, para compreender e estudar o desenvolvimento humano é necessário conhecer o ambiente na sua relação com as especificidades de cada indivíduo. Não existe ambiente social sem o indivíduo que o perceba e o interprete (PRESTES, 2010).

Se compreendermos a família enquanto meio possível de desenvolvimento de seus membros é relevante considerar as vivências dos seus componentes e a maneira como os elementos do meio afetam cada um de modo singular.

⁴ Achilles Delari e Zoia Prestes discorrem sobre o uso da palavra vivência (“*perejivanie*” em russo) nas obras de Vigotski, assim como os equívocos e problemas das traduções. Para saber mais: PRESTES, Zoia Ribeiro. "Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch no Brasil, repercussões no campo educacional." *Brasília: Universidade de Brasília* (2010) e Delari Jr, A., B. Passos, and I. Vladimirovna. "Alguns sentidos da palavra perejivanie em LS Vigotski: notas para estudo futuro junto à psicologia russa." (2009).

A vivência é uma unidade na qual, por um lado, de modo indivisível, o meio, aquilo que se vivencia está representado – a vivência sempre se liga àquilo que está focalizado fora da pessoa - e, por outro lado, está representado como eu vivencio isso, ou seja, todas as particularidades da personalidade e todas as particularidades do meio (VIGOSTKI, 1935/2010, p. 686).

Uma mesma situação em família pode exercer influências diferentes no desenvolvimento de seus membros, a depender dos elementos do meio interpretados pela vivência e do momento do desenvolvimento dos indivíduos.

O homem para a Psicologia Histórico Cultural é síntese de múltiplas determinações, um sujeito constituído a partir de determinadas características biológicas que se relacionam dialeticamente com o social e a história, assim desenvolvendo-se enquanto indivíduo mediado pelas relações sociais estabelecidas. Como já afirmado anteriormente, a família é uma das mediações da sociedade e de relações sociais.

Esse homem constitui-se na e pela atividade, produzindo sua forma humana de existência, e revela em suas manifestações a historicidade social, a ideologia, as relações sociais e o modo de produção. Ao mesmo tempo esse homem expressa sua singularidade, os significados e sentidos que se constituem no processo de desenvolvimento; pode-se afirmar que todas as expressões humanas são cognitivas e afetivas (AGUIAR; OZELLA, 2006)

Para Leontiev (1978) a linguagem é o instrumento fundamental no processo de constituição do homem, e como a consciência humana, a linguagem só aparece com a necessidade nascida do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que ele. Porém, “a linguagem não desempenha apenas o papel de comunicação entre os homens, ela é também um meio, uma forma de consciência e do pensamento humanos” (p. 87).

Neste sentido, Aguiar e Ozella (2006) afirmam que a relação pensamento-linguagem é uma relação de mediação. O pensamento passa por uma série de transformações para ser expresso em palavras, essa transição passa pelo significado e sentido. Vigotski (1934/2001) afirma que “o pensamento não se exprime na palavra, mas nela se realiza” (p. 409) e assegura ainda que a relação entre o pensamento e a palavra é um processo em desenvolvimento, um movimento do pensamento à palavra e da palavra ao pensamento.

De forma bastante breve, é possível dizer que os significados são produções históricas e sociais. “Os significados referem-se, assim, aos conteúdos instituídos, mais fixos, compartilhados, que são apropriados pelos sujeitos, configurados a partir de suas próprias subjetividades” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 226). Para Leontiev (1978) “o sentido pessoal traduz precisamente a *relação* do sujeito com os fenômenos objectivos conscientizados” (p.

98, grifo do autor), ou seja, “o sentido é uma relação que se cria na vida, na actividade do sujeito” (p. 97). Vigotski (2001) assegura que

o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata (p. 465).

Ambos, sentido e significado, estão intrinsecamente ligados e sua relação constitui um dos principais componentes da estrutura interna da consciência humana.

5.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I – localizado na cidade de Bauru, SP. Os horários de funcionamento da unidade são de segunda a sexta-feira, das 7h00 as 18h00. O acolhimento (primeiro atendimento ao usuário quando este chega ao serviço) e plantão (atendimento extra aos usuários inscritos no serviço) ocorrem de segunda a quinta-feira, das 8h00 as 10h00 e, eventualmente, em outros horários, se necessário. A demanda pode ser espontânea ou por encaminhamentos vindos da rede básica e outros. A população atendida consiste em pacientes com sintomas agudos – primordialmente psicóticos, primeiro surto ou não; pacientes com tentativa de suicídio já compensados em Pronto Socorro; depressões agudas com sintomas psicóticos; risco de suicídio com sintomas psicóticos; transtorno bipolar; crises dissociativas e sofrimento psíquico grave em geral.

Os grupos terapêuticos, oficinas, atendimentos médicos e de outros profissionais ocorrem nos períodos manhã e tarde, de segunda a sexta. Atualmente são oferecidos cinco grupos intensivo, um semi-intensivo e quatro não-intensivos; três oficinas terapêuticas: jardinagem, jornal (elaboração de jornal e mural informativo) e oficina de música (BATUCAPS), um grupo de terapia ocupacional, um grupo de cuidadores e familiares, um grupo de jovens. Sexta-feira de manhã é horário reservado para reunião de equipe e a tarde para orientação às famílias. O CAPS possui mais de três mil prontuários arquivados em seu acervo, estima-se que aproximadamente dois mil encontram-se ativos.

A equipe é composta por vinte e quatro pessoas, sendo uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem (uma delas encontra-se em afastamento por motivo de saúde há mais de dois anos), quatro

psicólogos, dois estagiários de psicologia, uma estagiária de serviço social, duas serventes de limpeza, uma auxiliar administrativa, uma técnica administrativa e cinco médicos, sendo quatro deles psiquiatras (três com carga horária semanal de 15 horas e uma de 4 horas) e uma clínica com especialização em psiquiatria com carga horária semanal de 12 horas.

5.3 Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial que foram inseridos no serviço de 27/01 a 03/04/2014. A sensibilização e o convite para a participação foram feitos desde o primeiro contato com a unidade, durante a realização do acolhimento daqueles usuários que tiverem perfil para a inserção no CAPS I. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a pesquisa: a) não ter sido atendido pelo serviço anteriormente; b) usuários que compareceram ao serviço acompanhados por familiar, considerado aqui como familiar a pessoa indicada pelo próprio usuário.

5.4 Coleta de Dados

Inicialmente foram agendadas e posteriormente realizadas entrevistas individuais com os familiares que aceitaram participar da pesquisa, com a finalidade de obter uma caracterização geral dos familiares acompanhantes e perceber quais entre eles se identificavam como cuidadores principais da pessoa atendida no CAPS. Todos os entrevistados se identificaram como os principais cuidadores, portanto, a entrevista explorou outros aspectos sobre o processo de adoecimento (início, explicação para o adoecimento, encaminhamentos), o serviço de saúde (CAPS) e o cuidado do usuário (conforme roteiro – Apêndice A). As entrevistas tiveram, em média, duração de cinquenta minutos. Foram registradas com o uso de gravador e, posteriormente, transcritas integralmente.

Durante o período de coleta de dados 136 pessoas foram atendidas no acolhimento. Muitas não atingiam os critérios estabelecidos para a pesquisa, parte delas estava sozinha ou não possuía perfil para atendimento no CAPS, sendo assim, foram encaminhadas para outros serviços. Um número menor de pessoas encontrava-se em crise durante o acolhimento, a maioria tendo sido encaminhada pelo Pronto Socorro. Diante dessa situação e de cuidados éticos optou-se por não fazer o convite para a entrevista, pois julgou-se

que a situação era inadequada para tal. Esses dados quantitativos e qualitativos serão explorados posteriormente.

Dentre as pessoas que preenchiam os critérios estabelecidos, quinze concordaram em participar da entrevista, houve apenas uma recusa. Oito faltaram às datas agendadas, em alguns casos tentou-se remarcar, porém, sem sucesso. Um desses casos refere-se à esposa de um usuário, nas duas tentativas de realização da entrevista foi possível perceber que sintomas persecutórios e agressivos apresentados pelo usuário durante o convite para a pesquisa colocaram a esposa em uma situação amedrontadora.

Ao todo foram realizadas sete entrevistas, porém, para finalidade de análise serão utilizadas apenas seis devido à dificuldade que resultou na impossibilidade de transcrição de uma das entrevistas. A pronúncia do entrevistado e certa dificuldade de elaboração das respostas solicitadas impossibilitaram a transcrição integral.

5.5 Aspectos éticos

Antes do início da coleta de dados, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP, estando em conformidade com as normas éticas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b). Do mesmo modo, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Foi realizado contato com a gerência do CAPS e feita apresentação do projeto em reunião de equipe, visando informar e esclarecer a natureza da pesquisa que se propõe. Após realização dos contatos institucionais, os familiares de usuários do serviço foram convidados a participar da mesma.

No momento da coleta de dados foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) ao participante informando sobre o tema da pesquisa, o sigilo das informações que permitissem sua identificação, autorização para divulgação dos resultados sob o compromisso da não identificação do participante e a condição de sua participação voluntária.

Foi solicitada aos participantes a possibilidade de gravação das discussões para posterior organização do material para análise. As gravações, após finalização da pesquisa, serão destruídas.

6 - RESULTADOS

6.1 Caracterização dos dados obtidos durante a coleta

Durante o período de coleta de dados, entre 27.01.2015 e 03.04.2015 foram abertas 138 fichas de acolhimento no CAPS. Duas pessoas não responderam ao chamado no momento do acolhimento, por isso não tiveram suas fichas preenchidas. Temos assim um total de 136 pessoas que passaram pelo acolhimento em 37 dias úteis, considerando que o acolhimento é realizado de segunda a quinta feira. A partir desses dados verifica-se uma média de 3,7 acolhimentos por dia.

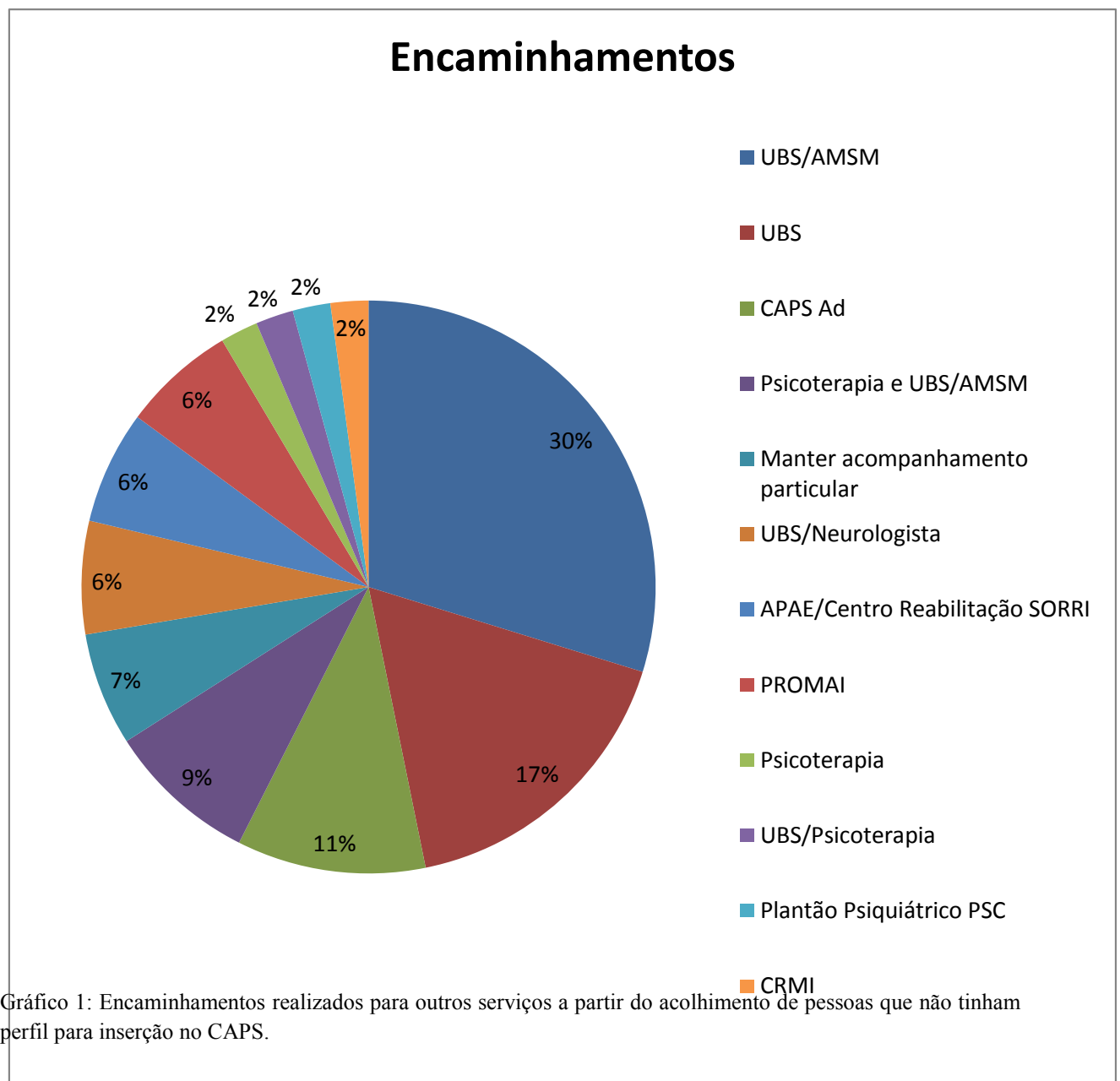
Passaram pelo acolhimento e tinham perfil para CAPS 80 pessoas. Não tinham perfil para CAPS e foram encaminhadas para outros serviços 48 pessoas e oito fichas e prontuários não foram encontrados.

Das 80 pessoas que passaram pelo acolhimento e tinham perfil para CAPS 33 não foram convidadas para entrevista por estarem sem acompanhante. 28 estavam sozinhas e 5 pessoas estavam acompanhadas por cuidadores - Casa de Passagem, Residência Inclusiva APAE e Casa de repouso - ou seja, os acompanhantes não preenchiam os critérios estabelecidos.

Estavam acompanhadas durante o acolhimento 47 pessoas. Dessas, 14 encontravam-se em crise, oito delas haviam sido atendidas no plantão psiquiátrico no Pronto Socorro Central e foram encaminhadas para continuidade no CAPS. Sendo assim, a pesquisadora julgou que não havia condições para convidar para a entrevista.

33 pessoas apresentavam perfil para CAPS, estavam acompanhadas por familiar e em condições de serem convidados para entrevista. Entre essas apenas um familiar recusou o convite claramente. 17 não foram convidados (apesar dos esforços feitos pela pesquisadora, dos diversos esclarecimentos à equipe, lembretes colocados nas fichas de acolhimento era comum que a pessoa responsável pelo acolhimento esquecesse de realizar o convite). Ao final, 15 entrevistas foram agendadas, oito pessoas faltaram às entrevistas e sete entrevistas foram realizadas (uma não foi possível ser transcrita).

Não tinham perfil para CAPS e foram encaminhadas para outros serviços 48 pessoas. Os encaminhamentos podem ser visualizados no gráfico abaixo:



Cabem alguns esclarecimentos para melhor compreender a situação: para ser encaminhado ao AMSM o usuário deve obrigatoriamente ir a uma UBS, lá aguardará numa lista de espera de acordo com o protocolo de atendimento a transtornos leves e moderados estabelecido entre AMSM e equipes de UBS e PSF. Os encaminhamentos para psicoterapia são direcionados às universidades que oferecem esse serviço gratuitamente, em Bauru contamos com quatro universidades que dispõe de clínicas de psicologia. No caso de atendimento a pessoas com deficiência o encaminhamento é feito para uma central de regulação de vagas da APAE\Centro de Reabilitação SORRI, o mesmo ocorre com o encaminhamento para o PROMAI (Programa Municipal de Atendimento ao Idoso).

6.2 Caracterização geral dos participantes

Foram realizadas sete entrevistas, porém, uma delas não foi possível ser transcrita devido a algumas dificuldades na gravação, compreensão da pronúncia do entrevistado e certa dificuldade de elaboração das respostas solicitadas. Para finalidade de análise foram utilizadas seis entrevistas. Na tabela abaixo podem ser observados alguns dados sobre o cuidador participante da entrevista, o usuário, o tipo de relação estabelecida entre eles e com quem o usuário reside:

USUÁRIO/IDADE	FAMILIAR CUIDADOR/ IDADE	TIPO DE RELAÇÃO DO CUIDADOR	COM QUEM USUÁRIO RESIDE
A.D. / 48 anos	A. L. / 55 anos	Amiga	Amiga e dois filhos
A. C. / 57 anos	M. S. / 42 anos	Cunhada	Casa de repouso
J.J. / 27 anos	R.D. / 53 anos	Mãe	Marido
S.A. / 37 anos	S.C. / 32 anos	Marido	Marido e sogro
D.P. / 68 anos	M. E. / 47 anos	Filha	Filha e duas netas
A.V. / 63 anos	C.V. / 37 anos	Filha	Filha, genro e duas netas

Tabela 1: Caracterização dos participantes da entrevista, do usuário, da relação estabelecida e com quem reside o usuário.

6.3 Síntese das entrevistas

Apresentaremos a seguir uma breve caracterização geral das seis entrevistas realizadas.

1 - S.C.

S.C, 32 anos, ensino médio completo. Trabalha como cozinheiro. É marido e principal cuidador da esposa S.A., 37 anos, segundo grau completo. S.A. trabalhou durante dez meses como auxiliar de estoque e um dia antes da entrevista com SC. pediu demissão do emprego, S.C. atribui o pedido de demissão ao estado emocional da companheira, que inclui ideias delirantes de cunho persecutório.

S.C. e S.A. estão juntos há cinco anos. Inicialmente moravam em São Paulo e a residência era próxima à casa da família de S.A. Há um ano e meio vieram para Bauru, atualmente residem na casa além do casal, o pai de S.C., este com 72 anos, portador de Alzheimer.

Um dos motivos para a vinda a Bauru foi a necessidade de afastar o pai de S.C. do ambiente e pessoas com quem convivia. O idoso tem histórico de uso de álcool por aproximadamente 50 anos. S.C. também relata ser ele mesmo ex-alcoolista e ex-usuário de cocaína.

Segundo relato do cuidador, os primeiros sintomas de adoecimento apresentados por S.A. datam de 2012. Na época sua mãe veio buscá-la e a levou para São Paulo, lá foi diagnosticada inicialmente com depressão e depois com esquizofrenia, segundo relato. Foi medicada pelo médico de uma UBS e depois descontinuou o tratamento.

A segunda crise iniciou no final de 2013. S.C. já tinha ouvido falar sobre o tratamento no CAPS por uma vizinha que é usuária do serviço. Então, procurou a UBS para informar-se sobre o encaminhamento e foi orientado a procurar direto o CAPS.

S.C. refere que suas principais atividades de cuidados são o diálogo, incentivo às atividades de autocuidado e à busca de atividades de lazer, esporte e socialização e apoio e acompanhamento em relação ao tratamento. Ele é atualmente o responsável pelos cuidados da casa e alimentação da família.

2 - M. E.

M.E. tem 47 anos, ensino fundamental incompleto, trabalha em casa de família há vinte e sete anos e como secretária de dentista há oito anos. Está separada há dez anos e é mãe de três filhos, sendo um deles de criação, filha do ex-marido numa relação extraconjugal.

Principal cuidadora da mãe D. P., 68 anos, aposentada, antes trabalhava na roça. D.P foi interditada pela filha há um ano após ter feito muitas dívidas.

D. P. é viúva há 34 anos, mãe de seis filhos. Atualmente está residindo na casa da filha M. E. por ela ter assumido seus cuidados há um mês e meio. O objetivo da filha é que o médico acerte na medicação da mãe para que ela retorne a sua antiga casa, onde morava com o segundo marido, em uma cidade próxima.

M. E. relata muitos conflitos com a mãe desde a infância, tem muitas mágoas do passado. Conta que ela e os irmãos apanhavam muito quando criança. Aos 15 anos a mãe a colocou para morar em uma pensão, nessa época começou a trabalhar em casa de família. Queixa de dificuldades no relacionamento atual, mãe tem muitas manias, não aceita ser contrariada e tem mania de tomar remédio (é dependente), briga por causa de medicação.

Conta que os primeiros sinais de adoecimento apareceram após perda de uma filha há 25 anos. Três anos após a perda iniciou tratamento, tendo passado por uma internação psiquiátrica de 45 dias, na época apresentava ideação suicida e comportamentos autodestrutivos e foi diagnosticada com depressão. Iniciou acompanhamento em Lins, depois deu continuidade na unidade básica de saúde em Pirajuí. Em alguns momentos interrompia o tratamento, pois não queria mais tomar os remédios. A pedido da filha, D. P. foi encaminhada ao CAPS de Bauru, onde deu continuidade ao tratamento.

Suas atividades de cuidado são o controle da medicação, acompanhamento médico, gerenciamento da aposentadoria, incentivo ao autocuidado e outras atividades, cuidados quanto à alimentação e limpeza.

3 - A.L.

A. L., 55 anos, ensino médio completo com formação em magistério, missionária da igreja evangélica. Já trabalhou como vendedora, professora, dona de estabelecimento comercial e auxiliar de enfermagem. Atualmente recebe pensão da mãe falecida.

É amiga e principal cuidadora de A. D., 48 anos, ensino fundamental incompleto. Já trabalhou como doméstica, atualmente não exerce mais essa função.

A.D. apresentou os primeiros sinais de adoecimento aos 27 anos após a gestação do primeiro filho, com um quadro de agressividade, descontrole de impulso e cefaleia. Fazia uso de bebida alcoólica e substâncias psicoativas (maconha e “madamela”, que, segundo a entrevistada, é uma droga encontrada na região Norte do país, semelhante ao *crack*). Fez uso de substâncias por aproximadamente três anos, de bebida alcoólica por mais de quatorze anos, tendo parado há oito anos após ingresso na igreja evangélica influenciada por A.L.

A.L., cuidadora, conta que também fazia uso de álcool, tendo parado de beber há 21 anos pois “começou a andar no caminho[...], ir pra caminhada do Senhor”(sic).

No início do adoecimento procuraram ajuda de uma amiga psicóloga que indicou o tratamento no CAPS, antes passou pela unidade básica de saúde para pegar o encaminhamento. Iniciou acompanhamento e foi diagnosticada com esquizofrenia. Nessa época moravam em município da região norte do país. A.D. passou por um curto período de internação, com duração de uma semana. Desde então, realiza tratamento irregular. Na época da entrevista havia parado o tratamento há um ano e seis meses e iniciou com quadro de cefaleia, que a motivou retomar o acompanhamento.

A.L. conheceu A.D. quando esta tinha 18 anos e era casada com um amigo seu. Algum tempo depois A.D. estava procurando emprego e A.L. era dona de lanchonete e precisava de funcionária. “Começou a trabalhar e foi ficando [...]. Ela virou família. Faz vinte e seis anos disso” (sic). Na época A.L. morava com a mãe e irmã, que, após algum tempo, vieram a falecer.

Segundo a entrevistada, A.D. possui mãe e seis irmãos, sempre foi rejeitada pela família por motivo desconhecido. Apesar dos conflitos familiares, mantém contato por telefone e à época da entrevista planejavam uma visita a cidade onde a família reside.

A.D. é mãe de dois filhos, com idade de doze e vinte e uns anos. Foi casada, separou-se, teve um relacionamento do qual nasceu o primeiro filho. Oito anos depois teve um relacionamento breve com o cunhado e teve então o segundo filho.

Ambos os filhos e A.D. referem-se à A.L. como mãe, pois ela é a provedora de cuidados. Suas principais atividades de cuidado são a oração, conversa e massagens. A.D. ajuda nos afazeres domésticos e no preparo das refeições quando está bem.

4 - M.S.

M.S., 42 anos, ensino fundamental incompleto, do lar. Cunhada e principal cuidadora de A.C., 57 anos, ensino médio completo.

AC. trabalhou em uma empresa de distribuição de energia e encontra-se aposentado por invalidez há mais de vinte anos.

A.C. reside há aproximadamente um ano e seis meses em uma casa de repouso em Bauru. Foi trazido pelo irmão após contato feito pela assistente social do hospital onde A.C. foi internado

algumas vezes. Segundo o relato da cunhada, A.C. estava morando em condições precárias de higiene e saúde em São Paulo e encontrava-se bastante debilitado. A.C. é solteiro e sempre morou com a família, que era composta pela irmã e mãe, ambas com transtorno mental, e pelo pai, que era a referência do cuidado familiar. Após a morte do pai, há aproximadamente quatorze anos, os outros três membros da família permaneceram na casa até que a mãe, idosa, foi trazida para Bauru e passou a morar com a família de outro filho, casado com M. S. Esta foi responsável pelo cuidado da idosa durante doze anos.

M. S. refere desgaste emocional em decorrência do cuidado e diz que não tem mais coragem para cuidar do cunhado como cuidou da mãe dele. Entre os aspectos desgastantes relata o sentimento de medo e algumas crises de agressividade com as quais teve que lidar.

M. S. é também cuidadora do sobrinho, filho da irmã de A.C. que também tem transtorno mental, segundo o relato. Cuida desse sobrinho há seis anos, até então o menino morava com a mãe em São Paulo, ele está atualmente com quinze anos. Relata ter acompanhado o desenvolvimento do adolescente desde a gestação da mãe. Há seis anos o Conselho Tutelar entrevistou e solicitou que alguém da família assumisse os cuidados, tendo em vista que a criança não estava frequentando a escola, pois a mãe lhe impedia. Irmã teve períodos internada e não tinha condições de cuidar.

M. S. relata que o contato com A.C. antes da vinda dele para Bauru era eventual, uma ou duas vezes ao ano ela e o marido lhe visitavam. Porém, afirma que A.C. era muito resistente ao tratamento, tinha episódios de agressividade e não permitia maior proximidade, proibindo que alguém adentrasse sua casa e recusando qualquer oferta de ajuda.

M. S. define como suas principais atividades de cuidado: visita aos domingos à casa de repouso, provimento de itens de higiene e para consumo pessoal que se fazem necessários, acompanhamento às consultas médicas. Cuidadora relata dificuldades na convivência com A.C., gostaria de levá-lo para passar o final de semana em sua casa, porém, em episódio anterior A.C. foi visitá-los e não queria mais retornar a casa de repouso. Refere que desde que conhece o cunhado, há mais de vinte anos, ele tem ideias delirantes e que isso dificulta a convivência.

Inicialmente a família buscou ajuda no Pronto Socorro por questões clínicas apresentadas por A.C., o médico então orientou buscar tratamento psiquiátrico e deu encaminhamento para UBS. A família ficou aguardando um ano e seis meses o encaminhamento, porém, não

obtiveram resposta. Ficaram sabendo do CAPS e então levaram A.C. para iniciar o tratamento. Nesse período o mesmo teve algumas crises e foi atendido no PSC.

5 - R.D.

R.D., 53 anos, ensino fundamental incompleto. Trabalhou a maior parte da vida como diarista e durante dois anos e meio como dona de sorveteria. Há um ano R.D. e o atual marido estão acampados em uma fazenda próxima a Bauru, R.D. passa alguns dias por semana no acampamento e outros em sua casa, na cidade. R.D. é mãe e principal cuidadora de J.J., esta com 27 anos, ensino fundamental completo, nunca trabalhou.

J.J. morou com a mãe até os 17 anos, saiu de casa para morar com um namorado e então engravidou sem que houvesse planejado. Aproximadamente 15 dias após o parto teve a primeira crise. Nesse momento, iniciou tratamento no CAPS Infantil, tendo sido diagnosticada inicialmente com depressão pós-parto e depois com esquizofrenia, segundo relato da mãe.

J.J. mudou-se para outra cidade com o marido e o filho, nesse momento havia interrompido o tratamento e teve então a segunda crise, tendo em seguida retornado a Bauru.

Aos 22 anos, após quatro anos de casados, o marido foi embora, levou o filho e deu-se então a separação. J.J. retornou à casa da mãe e tempos depois iniciou novo relacionamento. Atualmente J.J. mora com o segundo companheiro. Seu filho, A., nove anos, mora com o pai e avó paterna.

J.J. iniciou acompanhamento no CAPS I há poucos meses. Suas principais atividades de vida são os afazeres domésticos, o acompanhamento do filho em consultas médicas, a participação em reuniões escolares e no projeto frequentado pelo filho e buscar a sobrinha na escola, tarefa pela qual recebe pequena remuneração da irmã.

6 - C.V

C.V., 37 anos, casada, mãe de dois filhos. Ensino médio completo com formação técnica em Turismo e Hotelaria. Já trabalhou como atendente e há oito anos, desde o nascimento do primeiro filho, não exerce atividade remunerada.

É filha e cuidadora da mãe A.V., 63 anos, ensino médio completo com formação em magistério. A.V. trabalhou alguns períodos como professora, porém, era impedida de continuar exercendo a atividade devido ao excesso de ciúmes do marido. O esposo e pai de C.V. é 21 anos mais velho que A.V., o mesmo teve um acidente vascular cerebral dez meses antes da entrevista e A.V. cuidou dele durante oito meses, nessa época moravam em outro estado. Filha relata que a mãe sempre foi dependente do marido.

C.V. conta que começou a perceber algumas alterações no comportamento da mãe havia três meses. Conversavam diariamente ao telefone e A.V. começou a não atender mais, a falar coisas confusas, com ideias delirantes. Filha foi visitar os pais e encontrou mãe muito emagrecida, confusa, inapetente, com ideias delirantes de cunho persecutório, dificuldades de expressão de afeto e dificuldade de cuidar de suas atividades de vida diária. C.V. então colocou o pai em uma clínica para idosos e trouxe a mãe para Bauru, assumindo os seus cuidados há três semanas na época da entrevista.

Suas principais atividades de cuidado são o acompanhamento no CAPS, conversas, orientações, estímulo para atividades e autocuidado, cuidado em relação à alimentação.

C.V. buscou orientação na unidade básica de saúde e foi orientada a procurar o CAPS, onde A.V. deu início ao tratamento.

6.3 Análise das entrevistas

As entrevistas foram transcritas e analisadas através da análise dos Núcleos de Significação. Para Aguiar e Ozella (2006), a entrevista é “um dos instrumentos mais ricos e que permite acesso aos processos psíquicos que nos interessam particularmente os sentidos e significados” (p.12).

Com base no referencial teórico metodológico da Psicologia Histórico-Cultural e nas leituras específicas relacionadas ao tema da pesquisa empreendeu-se um processo de análise a partir de dados obtidos nas entrevistas. Foram realizados os procedimentos de análise, a saber: leitura flutuante e exaustiva das transcrições, buscando encontrar categorias (unidades de registro; expressões ou palavras) a partir dos temas elencados. Inicialmente foram organizados indicadores e depois construídos os núcleos de significação.

Buscou-se nesse processo identificar os significados atribuídos às vivências dos familiares com o adoecimento e em busca de cuidados em saúde mental, assim como as principais dificuldades e potencialidades que envolvem o cuidado familiar e a relação com os serviços.

O esforço da análise deve ser empreendido partindo do empírico com a intenção de superá-lo. Os núcleos de significação devem expressar aspectos essenciais do sujeito. Assim, eles devem ser compreendidos como movimento de abstração que, ao mesmo tempo contém o empírico e o nega, dialeticamente, avançando em direção ao concreto pensado. A partir das falas dos sujeitos busca-se entender o que não foi dito: apreender a fala interior, o pensamento, o processo e suas contradições na constituição dos sentidos (AGUIAR; OZELLA, 2006; 2013).

É importante considerar que partimos do princípio de que todas as expressões humanas são cognitivas e afetivas. Vigotski afirma que “a separação entre a parte intelectual da nossa consciência e a sua parte afetiva e volitiva é um dos defeitos radicais de toda psicologia tradicional” (VIGOTSKI, 1934/2001, p. 16). Para ele, o “o significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra mas som vazio” (p. 10).

Significado e sentido são constituídos pela unidade contraditória do simbólico e do emocional. Portanto, na perspectiva de melhor compreender o sujeito, deve partir-se dos significados: eles contêm mais do que aparentam, e, por meio de um trabalho de análise e interpretação, é possível buscar as zonas mais instáveis, fluidas e profundas, ou seja, as zonas do sentido (AGUIAR; OZELLA, 2006; 2013). A seguir empreendemos essa busca destacando os principais conteúdos trazidos pelos familiares no relato sobre a convivência e o processo de cuidado com o familiar em sofrimento psíquico.

Processo de adoecimento

Com relação à compreensão do processo de adoecimento emergiram os seguintes núcleos de significação: 1) *Gravidez e crenças populares*; 2) *Ressentimento*; 3) *Acúmulo de vivências e situação limite*.

1) Gravidez e crenças populares

Das seis entrevistas realizadas com o familiar cuidador cinco referem-se a pessoas que necessitam de cuidado e são do gênero feminino. Dentre elas, quatro passaram pelo processo de gravidez. Duas delas vivenciaram a gestação e apresentaram sinais de adoecimento relacionados a esse processo segundo a compreensão dos familiares:

Foi depois da gravidez, depois que o L. nasceu [intervenção da pesquisadora] Ela começou a ficar agressiva, sabe? E diferente, sabe? Ela não era daquele jeito [outra intervenção] Agressividade, a tal da dor de cabeça que começou a ter dor de cabeça, eu falei 'não, mas isso não é normal' [mais uma intervenção] Muito agressiva, muito agressiva, sabe? Pelo fato de duas vezes ela quebrou a casa. Aí ela tomava também, aí fumava, aquela coisa toda. A.L.

[...] aí foi que aconteceu tudo, né. Que ela teve o filho, aí depois que ela teve o filho, acho que tava com uns treze dias, mais ou menos, acho que uns treze dias, uns treze, quinze dias no máximo, que ela ficou ruim [...] aí minha filha, outra minha filha que mora pertinho dela, mora do lado, aí ligou pra mim e falou "mãe, a J.J. tá ruim, tá chorando, com a porta trancada e as coisas tudo esparramada pelo meio da casa". Disse que ela jogou tudo, esparramou tudo, tirou a comida do armário, jogou tudo no chão, chorava, chorava e assim ficou ruim, ruim, ruim mesmo da cabeça! Aí foi onde que eu corri com ela, né? [...] R.D.

Nos relatos acima é possível perceber que a gravidez e nascimento dos filhos são apontados pelos familiares como desencadeadores da crise, que se manifesta em comportamentos de agressividade, dores de cabeça, isolamento, choro. Outra participante da pesquisa, M.S., conta sobre a mãe de A.C., usuário do CAPS, de quem foi cuidadora por doze anos. A mãe de A.C., sogra de M.S., também apresentava sofrimento psíquico e, segundo M.S., o adoecimento se deu após a gravidez de uma filha:

[...] Quando ela ficou doente, disse que ela ficou doente depois que ela teve a Isabel. Antes ela fazia as coisas direito, fazia bolo, fazia vestido,

diz que ela era bem, depois que ela teve a filha mais, que essa que eu tô falando, diz que ela começou a ter mais problema. Tanto que ela não gostava dela, ela odiava ela. Quando ela chegava em casa, vixe, ela ficava brava. Mas eu não sei, falar disso, assim foi isso, eu não sei. A família deveria falar, mas nunca fala. M.S.

A gravidez e outros processos relacionados como algumas crenças populares (“abrir os ossos do quadril”, quebrar o resguardo) parecem constituir um núcleo de significação para o adoecimento. Rosa (2006) destaca que entre as mulheres as principais explicações atribuídas pela família à origem da enfermidade são a gravidez e o “resguardo quebrado”. A desilusão amorosa e a perda de pessoas significativas representam as principais explicações tanto para homens como para mulheres.

[...] Às vezes eu ficava pensando que a sogra dela falava umas coisas assim, que quando a mulher vai ter neném a mulher abre assim os ossos, não sei, daqui (do quadril), eu ficava assim [...] É, não sei, acho que não é isso assim, que a sogra dela também é meia, essa mulher é meia doidona também, as vezes eu pensava será que a mulher falou umas coisas e ela ficou com medo. Mas não é porque foi depois que ela ganhou o nenê, não sei por que que aconteceu. R.D.

[...] Aí teve um relacionamento com o pai do L., não demorou muito, ela enjoou da cara dele, foi quando depois que ele nasceu ela teve que quebrar o resguardo, né? Aí que começou essa dor de cabeça [...] A.L.

Foi depois da gestação. Porque assim teve uma briga lá, um problema lá porque a gente tinha lanchonete, né? E aí veio um polícia e ela tava justamente na época, ela tinha acabado de ter bebê, né, como é que é? O resguardo. E ela sentiu a dor de cabeça na hora que teve a confusão [...] E desde essa hora quando ela entrou com uma dor cabeça, dor de cabeça, dor de cabeça, que essa dor de cabeça, minha irmã, perturba até hoje [...] A.L.

A dor de cabeça é a principal queixa relatada por A. L. para a busca de tratamento para A.D. Segundo ela, esse sintoma iniciou após a quebra do resguardo de A.D. e alguns

conflitos vivenciados com sua família e com o pai do seu primeiro filho. Isso a motivou a procurar ajuda, A.D. na época estava com 27 anos e morava em estado da região norte do país. Inicialmente A.D. e A.L. buscaram orientação de uma psicóloga amiga de A.L. e, em seguida, foram encaminhadas ao CAPS do município onde residiam. A.L. explica dessa maneira o sintoma apresentado: “*Não sei, eu acho que é problema mesmo de saúde, não é? Porque ela não tinha essa dor de cabeça antes, foi depois daquele dia, do negócio que teve lá em casa [...]*”.

Em se tratando de um problema de saúde alguns dos recursos buscados são o acompanhamento médico e o uso de medicação, que se dá de forma irregular.

É, a gente dá um tempo. Agora mesmo tava com um ano e pouco que ela tava bem, né, então não precisa ficar enchendo o saco do CAPS. Agora como ela tava como muita dor de cabeça direto, eu dizia “Meu Deus, que é isso Jesus?”. Ela tava bem, sabe, a gente leva ela pra oração você sabe como é que é, né? Deus é bom. Agora esses tempos dor de cabeça direto, então, não vamo lá procurar o CAPS pra ver. Tava um ano e seis meses (sem tratamento). A. L

2) Ressentimento

Nos relatos abaixo se pode apreender que as experiências\vivências familiares impactaram as pessoas de tal forma que os cuidadores explicam o adoecimento por essa única via. Tal compreensão encontra ressonância em algumas teorias, Melman (2006) fala sobre o fechamento da família moderna sobre si mesma, sua extrema valorização e intensificação que gera processos de culpabilização. “A nossa sociedade ocidental investiu e idealizou intensamente o núcleo familiar. Já que família é tudo, também é responsável por tudo. Se tudo se remete à família, tudo é culpa da família” (p. 38).

Para três entrevistados a família é apontada de formas diferentes como o principal elemento relacionado ao adoecimento, o que permite compreender que a família e guardar mágoas relacionadas a ela constituem outro núcleo de significação. No relato de S.C. notam-se aspectos da história familiar na infância de S.A. e os relacionamentos entra ela, mãe e os irmãos:

[...] eu acredito 100%. Não foi desilusão amorosa, não foi situação financeira, foi a questão familiar, 100% familiar. Às vezes ela conta que [...] quando eles eram pequeno a mãe dela vivia jogando na cara dela que ela ia ser a primeira a dar problema, a primeira a trazer filho pra ela, entendeu? Ia ser a ovelha negra da família e tinha a outra filha que ela idolatra, essa aqui vai ser alguém, vai ser alguém, foi a primeira que trouxe filho e dor de cabeça pra ela. Talvez seja uma questão que isso também atrapalha até hoje ela não querer ter filho, acho que isso também mexe com o nosso dia-a-dia também. S.C

A família dela acabou prejudicando muito. Na época a mãe dela, amigas da mãe dela falavam pra mãe dela “Dona M., manda a S.A. caçar o caminho dela, não deixa ela presa não”. E aí a mãe pra não tomar conta de neto, acabou jogando pra cima dela, entendeu? E não era um filho só, ela tomava conta de três, quatro sobrinhos, eram quatro. Ela era tipo babá. E isso foi, né, aos poucos foi acumulando, né [...] Quando realmente eu coloquei uma aliança na mão dela e falei vamos tentar uma vida junto, a mãe dela foi a única que deu apoio, as quatro, as três irmãs condenaram. Quer dizer, as irmãs que ela mesma ajudou. As irmãs que ela ficou aí, por mais de cinco anos sendo a babá das criancinhas dela. Acho que foi essa mágoa [...] Porque quando às vezes ela lembra do passado, de mágoa, coisa assim, é, ela acaba tocando nesse assunto, sabe, ninguém desejou boa sorte pra ela [...] Então, eu acho que isso mexe com ela, uma pessoa que se dedicou tanto pra família e no fim, né. Mas eu tento falar isso pra ela superar, esquecer isso [...]S.C.

Nos relatos dos cuidadores S.C. e M.E. são evidenciados a dificuldade de manifestar sentimentos e emoções, “não saber perdoar” e remoer lembranças antigas como fatores relacionados ao adoecimento do familiar, como se observa nos trechos a seguir:

[...] ela é uma pessoa que se fecha. Por exemplo, situação financeira que assim acaba apertando um pouco, ao invés de ela conversar ela acaba se fechando, se isolando de tudo né. Mas eu procuro conversar com ela, que ela é uma pessoa que guarda muita mágoa do passado, da família dela e isso acabou prejudicando, tá prejudicando né [...] S.C.

Ela deixou de viver a vida dela por cinco anos pra tomar conta de uma sobrinha pra irmã dela e a irmã dela no dia que mais ela precisou não, até hoje ela carrega essa mágoa. Não tem quem faça mudar isso na cabeça dela. S.C.

[...] Que você já não é muito certinha das ideia e você vai guardando aquelas coisas pra você, se colocasse pra fora desabafava né, mas ela é daquele tipo que guardava pra ela. Era tipo vingativa, ela guarda as coisas pra ela, quando ela puder ela te. Porque ela guarda bem as coisas, viu? Ai os anos se passam e ela tá sempre batendo na mesma tecla. O que você fizer pra ela, ela não esqueceu. Ela não sabe perdoar as pessoas, nem ela mesma. Eu já falei pra ela, se você fosse uma pessoa melhor um pouquinho de coração, tira esse ódio, esse rancor que você tem das pessoas. Ela guarda mágoa do meu pai até hoje, faz trinta e poucos anos que meu pai morreu. Se eu fiz quarenta e sete, quer dizer, já faz quarenta... M.E.

Nossa Senhora! Batia por causa dos outros [...], e batia, hein? Eu tenho um irmão que tem um ódio dela, meu irmão mais velho, só de falar ele chora e chega a tremer. Quer dizer, a mágoa. Eu falei pra ela [...] 'fã, se eu fosse outra pessoa, não pensa que eu tava cuidando de você não'. Se eu fosse uma pessoa ruim, amargurada, rancorosa igual a você, você não tava aqui não. [...] M.E.

A.L. explicita que, além do papel de cuidadora, ela assume um papel materno em relação à A.D. e a seus dois filhos. É sinalizada uma relação de rejeição da família de origem a A.D., embora os motivos não sejam conhecidos pela cuidadora ela atribui como um dos sentidos à carência de A.D.

[...] ela tem um rapaz de vinte e um anos né que trabalha e tem um outro de doze, então quem cuida é eu mesmo. Eu que, a gente, ela é assim, ela fala que eu sou a mãe dela porque a mãe que ela teve mesmo sempre rejeitou, sabe? Não sei qual o problema familiar que eles tinham, mas a A.D. sempre foi rejeitada pela família todinha, eles são em acho que é seis irmãos. Eu não sei qual foi o passado, o problema com a mãe, isso eu não sei por que a gente nunca conversou. A gente é amiga, aquela coisa toda, mas isso a gente nunca conversou. Eu sinto assim que é muita carência que ela tem né? A gente, quando ela tá assim meia carente ela gosta muito de falar, sabe? É

até bom às vezes eu levo ela pra igreja e eu falo 'conta os testemunhos', quando ela começa a contar os testemunhos lá na frente aí eu tenho que tá falando 'desça!' porque senão passa da hora do pregador, entendeu? (risos da entrevistada). E ela gosta muito de falar, quando ela dá pra conversar, Meu deus do céu, fala demais! E às vezes é carência, não sei o que que é, Deus é que sabe[...] A.L.

Embora com menos elementos que as falas anteriores, devido a menor convivência da cuidadora com o familiar, M.S. sugere uma relação entre os casos de adoecimento entre mãe e os dois filhos, um deles A.C.:

Não sei, eu acho que deve ser de família. Será? Porque se a mãe tinha e tem dois filhos que tem. Não tem, ninguém nunca chegou pra gente e falou foi assim que aconteceu, foi assado. Os parentes dela conta alguma coisa, o marido contava outra, então sempre passaram pra mim. M.S.

Laing e Esterson (1979), no livro *Sanidade, Loucura e a Família*, relatam uma extensa pesquisa desenvolvida a partir de onze casos de mulheres internadas em hospitais psiquiátricos com diagnóstico de esquizofrenia. Com os relatos e descrições detalhadas sobre os relacionamentos familiares e as características de cada grupo familiar os autores se propõem a tentar compreender qual a extensão da experiência e comportamento do sujeito considerado um paciente esquizofrênico à luz da práxis e do processo de seu vínculo familiar. Para isso realizam inúmeras entrevistas com vários membros da família individualmente e em todas as combinações possíveis (exemplo: pai, mãe e paciente; pai e paciente; irmão e paciente, entre outras). Com isso apontam que a observação da experiência e comportamentos no seu conteúdo familiar original pode ser mais bem compreendida enquanto que sem referência às ações familiares recíprocas os mesmos podem parecer sem sentido.

Nesta pesquisa algumas situações são comuns a várias famílias entrevistadas, tais como:

- Dificuldade de lidar com o desenvolvimento de autonomia dos filhos.
- Famílias superprotetoras, autocentradas, mães dominadoras.

- Sinais e demonstrações de afeto ambíguo entre os pais.
- Situações místicas na família, não esclarecidas.
- Dificuldade de lidar com questões relacionadas à sexualidade.
- Dificuldade de demonstração e recebimento mútuo de afeto.
- Outros membros familiares adoecidos, já identificados ou não.
- Revelação de histórico de sofrimento psíquico e dificuldades no desenvolvimento dos pais em suas próprias famílias “originais”.

Tendo como referência a pesquisa citada acima podemos compreender os limites da pesquisa aqui apresentada. Nos relatos trazidos são evidenciadas a vivência e observações do cuidador em relação ao familiar adoecido e como este atribui sentidos e significados ao adoecimento e às próprias vivências. Para uma compreensão mais aprofundada e detalhada seriam necessárias outras entrevistas que incluíssem o familiar adoecido e outros membros da família.

3) *Acúmulo de vivências e situação limite*

Nos trechos abaixo os familiares entrevistados conseguem evidenciar o adoecimento enquanto processo, consideram-no em movimento que culmina na crise. Descrevem o fenômeno como processo em desenvolvimento, que não aparece do nada, mas tem implicações da história do fenômeno e contexto, assim como da vivência.

[...] Ela já teve depressão e voltou de novo porque ela não continuou o tratamento, aí não voltou da mesma gravidade da primeira, mas começou os sintomas e devido a trabalhar a noite, não come, não dorme direito. Aí a pessoa já tem tendência, né? Aí a pressão do serviço, aí de trabalhar a noite o esposo dela enche o saco dela pra sair, trocar de horário. S.C.

[...] a minha cunhada falou assim 'sua mãe já tava num processo difícil de vida, tudo acontecendo, e ainda com a história do meu irmão que é traído,

separa [...] A minha cunhada falou assim 'ah, eu acho que foi isso que foi a gota d'água, o copo já tava cheio e foi a última gota'. C.V.

Eu acho, foi tudo junto né. Até então acho que ela não tinha grandes problemas assim. C.V.

Foi aos poucos, indo pra igreja, indo pra igreja [...] aí quando foi um belo dum dia ela sonhou, Deus falou bem assim pra ela, que se ela não parasse de beber ele ia tirar as coisas que ela mais gostava. Ela já tava assim bebendo aos poucos, já tava largando mais, sabe? [...] E mostrou em sonho como é que ele ia tirar os filhos dela, que é o L. e o G. Deus ia tirar, se ela não parasse de beber Deus ia tirar as coisas que ela mais amava que era os filhos dela. E disse que os meninos viu assim numa cachoeira, assim, tipo assim, não tá tendo as enchente? Diz que o menino viu naquela enchente assim, sabe. Eu to dormindo e daqui a pouco eu acordo com a A.D. chorando e se ajoelhando, chorando, chorando, chorando. Aí eu cheguei, era de madrugada, disse "que é isso, A.D, que foi?", aí ela foi contar o sonho, desde esse dia ela nunca mais bebeu. A.L.

Na entrevista de C.V. é possível notar como ela atribui importância à vivência da mãe em relação aos cuidados do esposo que teve um AVC para o desenvolvimento do próprio adoecimento. A partir da relação existente entre a mãe e o meio (relacionamento com o marido ao longo da vida e ao final os cuidados providos por ela), C.V. revela:

Ela acha que ela é quem era a "bam-bam-bam", mas todo mundo sabe que ela executava, mas o comando era dele. E meu pai era muito inteligente, ele lia muito, ele ouvia muita rádio, então ele sabia tudo, de tudo. Ele falava você vai lá, faz isso. [...] ele elaborava tudo, a mente era dele. Eu acho que ela ficou perdida também por isso, que ela começou a ter que tomar a frente de tudo, não tinha ninguém pra ajudar [...] acho que ela ficou perdida aí, né. Que ela até então não tinha tantas preocupações. C.V.

[...] No começo ela segurou a barra porque ele era bravo, xingava, eles brigavam muito e ele começou a ficar muito bonzinho e amoroso com ela. Então, acho que ela pensou que ia segurar a barra, que ia cuidar dele, ele não usava fralda, ele ia no banheiro, comia, só não conversava mais, mas tava do lado dela. E depois ele começou a dar trabalho, começou a ficar

muito assim, bravo, xingava, não parava quieto, então acho que ela não segurou a barra[...] C.V.

*[...]a vida dela tá suspensa, eu tô esperando porque eu quero ver o que eu faço com o meu pai, se ela ficasse boa eu ia propor pra ela vender as casas dela lá que ela tem duas, comprar uma e botava ele no asilo, **não precisa cuidar mais dele, que eu acho que ela não tem mais assim, e ele tá numa idade que o medo dela ficar boa é ter que cuidar dele, então, eu acho que ela não faz força de vontade pra ficar boa. Eu falei pra minha prima outro dia, eu não sei se ela tá esperando ele morrer pra ficar boa, pra ter força de vontade, eu não vejo força de vontade nela. E ela não pergunta dele em momento nenhum, só pergunta pra mim quem vai pagar o asilo [...]*** C.V.

Carvalho e da Costa (2008) realizaram pesquisa com primeiras crises psicóticas e a identificação de pródromos por pacientes e familiares. Os autores relatam que os entrevistados definiram um determinado evento ocorrido como um marco nas mudanças de comportamento observadas. As circunstâncias citadas foram: morte, traição, adoecimento, prisão, agressão e perigo de assalto, nas quais prevaleciam a sensação de desamparo, abandono e insegurança. “Tais situações exigiram dos pacientes uma atitude diante da vida para a qual não dispunham de recursos, o que foi observada na disruptura emocional causada” (p.159). Algumas situações mostraram-se desestruturantes pela forma brusca e inesperada que ocorreram (morte, prisão, agressão), outras pela exposição constante e intensa a situações de estresse e conflito (doença, perigo de assalto, suspeita de traição).

A entrevista é um instrumento que pode possibilitar a tomada de consciência do entrevistado e um possível rompimento com a visão de causalidade unideterminada, no caso de C.V. e M.E. é notório o processo de tomada de consciência ao identificar fatos marcantes entrelaçados pela história:

[...] Então, a minha cunhada falou assim “sua mãe já tava num processo difícil de vida, tudo acontecendo”, e ainda com a história do meu irmão que é traído, separa[...] C.V.

[...] eu tô achando que o INSS não atrapalhou tanto ela. Ela se atrapalhou, ela começou na mente dela a elaborar um plano, alguma

coisa, eu acho que ela já não tava tão bem só que a gente não notou, porque ela começava a pedir papel [...] pedia papel pra mim, pra fazer uma procuração, alguma coisa específica, ela ia lá no INSS, uma coisa simples. E ela com um bolo assim de documentos, e ela pedia pra gente eu mandava, ela pedia eu mandava, eu falei nossa, mas ela tirou todos os documentos do meu pai novos, ela tirou todos os documentos dela novos, eu falei não existe isso lá no INSS, pegar documento, documento não tem validade. E ela tirou tudo novamente, então acho que ela já tava naquele processo. C.V.

[...] E quando fez nove anos que meu pai faleceu a outra minha irmã faleceu também. Então, vai, acho que já não era muito boa da cabeça, né? Pra quem espanca os filhos acho que não deve ser normal. Aí vai acumulando tudo, né, morte de um, teve o outro filho, não sei o quê, e assim. Eu acho que é isso, né? [...] M.E.

As situações relatadas (traição, morte, nascimento do filho) estão relacionadas a amadurecimento e ciclos de vida que podem ou não ocasionar uma crise, a depender dos recursos subjetivos, objetivos e do modo como as situações são vivenciadas pelas pessoas. Tavares e Werlang (2012) apontam que a crise, apesar de gerar desconforto e angústia, tende à superação na medida em que surgem alternativas de manejo das situações, recursos do ambiente e da rede vão sendo acessados, assim como capacidades dos sujeitos vão se ampliando. Porém, a superação de uma crise não provoca automaticamente desenvolvimento ou autonomia do sujeito, “muitas vezes implica em aceitação de limites pessoais ou significa adaptação a perdas evolutivas e restrições progressivas, como, por exemplo, as impostas pela idade”. (p. 482). A aceitação dos limites é o que pode ser notado nas falas abaixo:

Se cuidar, de ajudar as pessoas a cuidar dele, que isso que é o que interessa. Porque infelizmente ele vai ter que depender de uma pessoa pro resto da vida dele agora, né? Não constituiu família, nem nada. Quando a gente tem filho, quando tem uma esposa. M.S.

Que o médico acerte com ela, dê um remédio que sossega ela pra ela ficar bem das ideia, né, e poder ter a vida dela normal, cuidar da casinha dela e do maridinho dela. E dar sossego pra mim, lógico, eu também

mereço, né, eu também sou filha de Deus. É isso, não quero milagre, só quero alternativa. M.E.

O cotidiano do cuidado e seus diferentes significados

O cuidado se expressa de múltiplas formas no cotidiano e se relaciona com características diversas. Segundo Pinheiro (2008), o “dia-após-dia” delimita tempos, espaços, interações, ou seja, um modo de vida. A produção de cuidado resulta de aspectos políticos, sociais, culturais e históricos que se traduzem na ação de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’, exercendo efeitos e repercussões na vida dos sujeitos e se configurando enquanto experiência humana.

Na pesquisa em questão o cuidado aparece sob variadas manifestações ao mesmo tempo em que é carregado de significados diversos: 1) *Orar*; 2) *Conversar*; 3) *Limpar e acompanhar*; 4) *Cansar*; 5) *Contradizer*.

1) *Orar*

Um dos núcleos de significação diz respeito a atividades e crenças religiosas, descritas como atividade principal de cuidado no relato de A.L.

O principal: oração. E ela é assim, é muito carente, às vezes a gente faz massagem. ‘Ai, to com dor no pé!’, a gente faz massagem, a gente conversa muito, a gente fala muito, sabe? Principalmente de Deus, né, porque eu acho que sem Deus a gente não é nada. Eu sou assim de ler muito a bíblia, chamo ela pras reuniões de lar que a gente faz em casa, sabe?. A.L.

A crença religiosa manifestada em atividades como orar, ir à igreja e ler a bíblia coexiste com a confiança na ciência expressa no acompanhamento médico e uso de medicação. Porém, parece evidente que a crença religiosa é colocada em primeiro plano quando o objetivo é o cuidado. Em pesquisa realizada por Vecchia e Martins (2006) com familiares de pessoas que passaram por internação psiquiátrica a religião aparece como recurso importante para melhora do sofrimento psíquico. Outro elemento a ser considerado

são os grupos de suporte oferecidos através das igrejas que, em geral, comungam a crença na esperança de cura.

Eu acho que, aqui por exemplo, a medicina aqui é mais avançada, né. A coisa é melhor, né? A gente tem visto pelo tratamento que a gente tá fazendo aqui com o G., fez com o L. Eu creio que Deus vai dá uma solução, aqui é mais avançado, totalmente diferente da nossa região. A.L

[...] ele (psiquiatra do CAPS de outro Estado) falava que o tratamento dela ia ser longo né? Porque ela tinha esse problema de esquizofrenia, né? E que eu tinha que ter paciência. Eu até perguntava pra ele 'mas tem tratamento pra cura?', ele falava 'Ô A.L. – ele me chamava de A. – é, não tem. Mas ameniza pelos remédio, quando vem no psicólogo, no psiquiatra, conversa`. Tratamento pra cura ainda não tem, né? A gente fica muito triste porque, é mas como a gente busca a Deus quem sabe? A gente entrega tudo na mão do Senhor. A.L.

Entre os seis familiares entrevistados a religião aparece de maneira mais marcante em apenas um caso (A.L.), fato que nos surpreendeu.

Outro tipo de cuidado refere-se ao cuidado de ordem socioemocional, que se expressa em ações como conversar, ouvir, incentivar, aconselhar, fazer visita e compõe o significado 2) **Conversar**, como se observa nos trechos a seguir:

[...] Eu falo pra ela tomar banho, pergunto, falo “mãe, vamo lá tomar um banhinho”, lavar a cabeça, o dia que ela chegou aqui ela deixou pintar o cabelo, agora não deixa mais eu mexer[...] C.V.

Eu não sou muito carinhosa assim de ficar beijando, meu irmão beija ela o dia inteiro e abraça ela, ela fala “sai, sai, sai!”, mas é o jeito dele. Eu não sou afetiva assim, mas eu falo “mãe, vamo acordar! Cadê minha véinha? Vamo levantar, sai daí, vamo tomar café da manhã” [...] Mas ela também não tá comendo, mas o que ela gosta assim de coisa de comida que ela gosta eu faço. Eu tento dar ânimo, eu falo poxa, todo mundo liga lá em casa, todo mundo liga pra você [...] C.V.

[...]E aí eu procuro conversar, tentar tirar ela de lá pra sair, normalmente eu não consigo né, mas aí sempre vai uma amiga dela lá, conhecida conversar, o pessoal da igreja que é da frente lá, agora parou de ir, mas no começo ia, tal. E aí ela acabava se soltando um pouco mais[...] S.C.

[...]a gente visita ele um domingo sim, um domingo não, pelo menos dois, três domingos por mês e só. Assim, a gente leva as coisas pra ele e só. Se ele fosse uma pessoa fácil de conviver traria pra passar um final de semana em casa, mas ele não é. M.S.

O cuidado\ajuda instrumental também aparece nos relatos e consiste em realizar ajuda nas atividades de vida diária, como atividades de autocuidado, na realização de tarefas domésticas e no acompanhamento em consultas, constituindo o significado 3) **Limpar e acompanhar** :

[...] como eu falei ir lá ajudar ela limpar quando eu tenho tempo, lavar uma roupa, explicar pra ela “olha, passa sabão, deixa ensaboadozinho, depois cê põe pra bater de novo”, né, que eu faço sabão caseiro. Além de ajudar assim nas tarefas assim, ensinar a limpar melhor, a lavar a roupa, quando precisa de dinheiro, às vezes precisa de alguma coisa, é assim em tudo, sabe?[...] R.D.

[...] Eu que to lavando roupa, de dois dias pra cá ela melhorou um pouco. É, mas até antes que ela trabalhava a noite, tava registrada lá, eu que limpava a casa, lavava a roupa. S.C.

[...] Fui lá, paguei a consulta, levei ela, cê tomou o remédio que o médico mandou? Não, ela falou na cara do médico. Eu não vou tomar seu remédio que se remédio não presta. M.E.

4) **Cansar**

A literatura científica indica que o processo de cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico implica custos objetivos e subjetivos de difícil mensuração. Sobrecarga de tarefas, sofrimento psíquico do cuidador, necessidade de reorganização dos papéis sociais desempenhados na família e a própria organização familiar são questões recorrentes.

Na condição de cuidadores de familiares com transtornos mentais, as pessoas se defrontam com o próprio sofrimento resultante do papel assumido e referem sentimentos de tristeza e impotência para lidar com os comportamentos do familiar (KEBBE, L. M. et al, 2014), como verificamos a seguir:

[...] às vezes eu fico meio deprimido. Essa situação me deixa meio assim, sabe? Não sei se você entende, com uma pessoa que você gosta que tá com esse problema e você não pode cuidar muito e tem ainda o pai também que já tá interferindo na situação, né? É complicado, né, tem hora que sobrecarrega um pouco[...] S.C

É, você ver uma pessoa que você ama nesse estado, assim, tem hora que eu olho pra ela assim ela se entrega assim, não tem ânimo pra nada, a não ser pra chorar. É triste, é triste, não é fácil [...] S.C

[...] Eu falo pra ela 'você é minha filha caçula, eu tenho três e você é a filha que dá mais trabalho pra mim. Os outros me obedecem, você não me obedece` (risos). C.V.

[...] são muito carinhoso eles (os filhos). Ela é muito estourada, muito estourada. Ai porque eu falo bem assim, como é que ele fala, que só Jesus. De vez em quando ela fala muito nome pesado, umas palavras torpe, Deus falava que era palavras torpe. E eu falo pra ela, sabe quem tá falando contigo? É Deus, lê a biblia [...] A.L.

No caso vivenciado por C.V. é possível perceber que os sintomas delirantes apresentados pela mãe, A.V., interferem diretamente na dificuldade de alimentação desta, fazendo com que recuse qualquer oferta alimentar.

Ai eu fui na farmácia de manipulação e comprei um monte de complexo, fico enfiando na comida dela. Farinhas pra engordar, Sustagem. 'Eu não vou tomar isso!', eu falo 'cê vai tomar', eu tento obrigar mas não posso. (A paciente A.V. teve perda de aproximadamente 30 kg). C.V.

“ai, a comida fica toda aqui, toda parada aqui. Eu sou oca, a comida tá toda parada aqui (fala de A.V.)”, eu falei “Mãe, isso não existe. Você não tá indo no banheiro porque você não tá comendo, não tem o que fazer, né”. Ai

ela falou “não, eu não vou comer mais porque não cabe mais, tá parado aqui”. C.V.

A prática do cuidado envolve atenção, disponibilidade, dedicação e requer do cuidador capacidade de avaliar as reais condições que a pessoa cuidada tem para desempenhar suas atividades e auxiliá-la em suas necessidades (BRASIL, 2008b). As atividades de autocuidado, como o cuidado com a higiene pessoal, por exemplo, podem necessitar intervenção do cuidador. Certas situações podem desencadear conflitos devido as diferentes perspectivas das pessoas envolvidas, como o cuidador que se preocupa e incentiva hábitos de higiene e alimentação equilibrados e a pessoa em sofrimento que pode apresentar humor deprimido ou exaltado, alterações da percepção, diminuição ou aumento de energia que acarretam dificuldades para realização de atividades.

Rosa (2011) aponta que principalmente durante as crises psiquiátricas são necessários cuidados higiênicos, pois em determinadas circunstâncias associa-se ao transtorno mental grave a perda de habilidades psicomotoras. Dar banho, oferecer alimentação, acompanhar o funcionamento gastrointestinal e a saúde em geral. Em algumas situações torna-se necessário a vigilância constante do cuidador e intervenções que preservem a vida da pessoa, quando os sintomas colocam em risco sua segurança, como, por exemplo, o risco de suicídio. A seguir alguns depoimentos sobre os limites:

[...] Ela sempre fez (as atividades de casa), aí devido ao começo agora, ultimamente, de uns tempos pra cá, vamos colocar aí de uns seis meses pra cá aos poucos ela foi, sabe? Chegando aí a ficar até três dias, dois dias sem tomar banho, ao menos que eu infernizasse a vida dela pra ela tomar banho. Mas até a higiene pessoal assim ela tava meio que relaxando. S.C

Tudo tem os dois lados. Aí outro dia ela falou ‘Aí, você gritou comigo’. Eu falei ‘mas é claro, poxa, tem quase dois dias que você não toma banho, tem que infernizar você pra tomar banho, higiene sua’. Ela é uma pessoa assim, tem que ter paciência [...]. S.C

[...] O banho dela quando ela cisma de tomar banho é três horas da tarde, eu falo pra ela ‘Você levanta cedo, você toma banho’, ‘não, mas eu não preciso, é só passar um perfuminho’. Aí eu falo ‘não, você tem que tomar banho, levanta cedo, você suou, nesse calorzão se você tomar banho

... você fica mais disposta'. Ela vai, 'se você quer, eu vô', mas tipo assim, contrariada. Não de livre espontânea vontade [...] M.E.

... Eu falo pra ela tomar banho, pergunto, falo 'mãe, vamo lá tomar um banhinho', lavar a cabeça, o dia que ela chegou aqui ela deixou pintar o cabelo, agora não deixa mais eu mexer [...] C.V.

5) *Contradizer*

Nogueira (2009) revela a dificuldade de percepção de muitas mulheres de que algumas alterações de comportamento e emocionais são demandas a serem tratadas no serviço de saúde. Muitas vezes são os familiares que identificam os primeiros sintomas de adoecimento e orientam e incentivam a busca de cuidado especializado. Rosa (2011) trata de situação frequente em saúde mental ao abordar a negação da pessoa em sofrimento em aceitar cuidados e assumir o controle do próprio tratamento. Nesse caso, as condições psíquicas apresentadas podem interferir de forma negativa e dificultar a aceitação e busca de cuidado. Quanto maior a negação maior a exigência do cuidador em questões emocionais e temporais.

... do jeito que ela se encontrava tirar ela de lá eu não conseguia, pra mim colocar na cabeça dela que ela tava começando a ficar doente, que isso tava voltando, trazer ela até aqui foi difícil, não foi fácil. Essas pessoas não aceita que tá doente, né? Ela escuta vozes, ela vê, imagina coisas, sabe? [...]. S.C

... a semana passada foi aniversário dela [...] eu falei 'vamo lá comprar uns brinquinhos pra você, que você não trouxe', ela não saiu do carro, ficou dentro do carro. Falou 'não, porque todo mundo vai me olhar e sair correndo de mim', aí comprei um sorvete pra ela, um sundae e ela 'eu num vou comer isso!', eu falei 'vai comer, enquanto você não comer não vai sair daqui' e ela comeu. Tá assim agora, que nem uma criança [...] C.V.

... Não viria (ao CAPS). 'Vou fazer o quê, lá? Não tem o que fazer lá, não tá resolvendo nada'. Aí eu falo tá sim, você vai mesmo que você não queira, a única coisa que eu vou te obrigar é ir lá [...] C.V.

O processo de cuidado envolve aspectos contraditórios e limites, objetivos como os impostos pelas condições de vida, e subjetivos relacionados ao psiquismo do cuidador e da pessoa em sofrimento.

Ao assumir o cuidado da pessoa doente podem emergir no cuidador sentimentos e emoções latentes que provocam desequilíbrio e sofrimento. A partir disso pode surgir uma nova dinâmica no modo de ser da família (NAVARINI, HIRDES, 2008), conforme se observa nos depoimentos abaixo:

[...] poxa eu quero o bem dela, mas ela não procura por onde, às vezes eu fico até meio chateado com isso [...] mas é, fico pensando, não posso fazer nada, não vou pegar ela à força e vamos sair, não, a pessoa não tá legal, tem que partir dela também [...] Eu sei que ela precisa de ajuda; ao mesmo tempo que eu não posso proibir ela sair também não posso forçar ela a fazer uma coisa que ela não quer. S.C

[...]nossa, parece que eu tô jogando ele (o pai) no lixo, porque vou pegar um e deixar outro, foi uma escolha, então parecia pra mim que eu tava jogando ele no lixo, eu falava 'mãe, me ajuda! O que que eu vou fazer com ele? Eu não posso levar ele, me ajuda'.[...] Pra mim foi tão duro (chorando), porque meu pai foi muito, muito carinhoso comigo. Então, pra mim foi duro deixar ele lá, mas como é que eu ia trazer os dois? Não tinha escolha e ela é nova, com 21 anos a menos, tem uma vida toda pela frente e meu pai não tem, né? Ele tá esperando, infelizmente, a morte [...] C.V. contando dos limites do cuidado e da necessidade de internar o pai em uma clínica e assumir os cuidados diários com a mãe em sua própria casa.

[...] Eu não tenho como obrigar ela, ela não é criança, os meus filhos eu obrigo porque eles são criança, agora ela eu não posso obrigar ela, eu obrigo a vir aqui. Eu falo pra ela 'isso não tem conversa, você vai e acabou'. Agora o resto. C.V.

[...] a gente ia lá uma vez por ano. Só que dentro desse ano ele ficou ruim várias vezes e era assim, a gente queria deixar um celular pra ele pra quando precisasse ele ligar pra gente, tudo, mas ele nunca quis. Nunca quis. Da família dele mesmo ele não tem a proximidade com ninguém, os tios, os primos, com ninguém. Ele não deixava ninguém entrar dentro da casa, não deixava ninguém limpar, tudo essas coisa aí [...] M.S.

Tem a irmã dele que mora do lado, mas como ela tem problema também do mesmo jeito então não teve como. Só que ela tem problema, mas ela é assim, ela aceita se cuidar, ela aceita que as pessoas façam as coisas pra ela, já ele não aceita. Ele era agressivo, se a gente tentava levar ele no médico ele nunca quis ir. Agora ele tá indo porque não teve outra alternativa, ele ficou ruim mesmo e não teve outro jeito dele não ir. Mas ele nunca aceitou ajuda de ninguém. M.S.

[...] Minha mãe nunca foi de conversar a respeito de nada, a única coisa que ela sabia era espancar os filhos. Das coisas boas que eu lembro da vida quando tava com ela (riso irônico). Aí ficou viúva com 36 anos, com seis filho pra criar, aí arrumou um filho lá, tipo uma mãe solteira né [...] acho que de lá pra cá foi quando ela começou assim. Porque depois perdeu a minha irmã com 18 anos, já fez 25 que ela faleceu. Depois que a minha irmã morreu aí ela foi internada, ficou 40 e poucos dias internada, aí vive a base de medicamento. E de uns tempos pra cá ela tá cada dia pior, mais teimosa, ela tem mania de tomar remédio. Se uma pessoa falar que o remédio é bom ela quer pra ela, então, sei lá. Não sei o que fazer com ela não. M.E.

Rosa (2011) analisa a partir de sua pesquisa realizada no Piauí que a internação psiquiátrica traz questões contraditórias. Geralmente a mãe, além de ser a principal cuidadora doméstica do usuário, é quem assume a responsabilidade frente ao serviço psiquiátrico e viabiliza sua internação. Ao mesmo tempo, ela é a pessoa que mais resiste e reage emocionalmente, tendo que receber cuidados e ser medicada com certa frequência. A mãe geralmente tem dificuldade em compartilhar o cuidado com outras pessoas, embora anseie e reclame a participação de outros.

Dentre as queixas que levam a família a procurar a internação psiquiátrica as mais frequentes são insônia, agressividade e inquietação. Tais situações apresentam-se enquanto limites do que é suportável na família. No relato de M.E. essa situação limite se explicita. Essa é uma questão que aparece em uma entrevista apenas, mas de forma bastante significativa. Trata da internação como uma medida de contenção, punição. As falas da filha, M.E., são contraditórias. Ora ameaça internar, ora não.

Mas agora diz que não pode internar mais, né, só em último caso. Mas eu acho que num caso igual o dela devia pra controlar um pouco, por

mim deveria. O psiquiatra falou que eu tinha que colocar ela num asilo, tentar controlar ela um pouquinho, né. Mas, sei lá, até que ela quer ir. Até que acho que seria uma boa, viu? Colocar ela em algum lugar pra ela ver que ela tem que tomar os remédios na hora certa e só o que os outros der pra ela, não é pra tomar por conta. Senão ela vai na farmácia, ela tem mania de remédio de dor, é Dorflex e Anador, e ela compra de monte, não é pouquinho não, viu [...]

[...] Por isso que eu falo pra ela, não sei o que que eu faço com você, aí ela fala “me interna”, mas ela quer ser internada. Eu falo cê tá pensando que ser internada é bom? Que no hospício não deve ser bom.

[...] Eu falo pra ela que ela é caso de polícia. Ela fala “me inteerna”, eu falo “ce acha que eu vou internar você? Se eu internar você você vai tá no céu, fia, você tem que ficar trancada aqui em casa” [...]

Diante dos resultados expostos reitera-se a necessidade de considerar a família como elemento essencial no acompanhamento no CAPS, repensar sua participação nesse espaço e buscar novas estratégias de cuidado. Oferecer espaços de escuta e compreender os modos de cuidado das famílias sem julgamentos prévios, considerando as potencialidades e limites, é imprescindível para aprimorar a atenção em saúde mental. O apoio e as intervenções junto às famílias, somados à assistência direta às pessoas em sofrimento psíquico, podem reduzir situações de crise e mobilizar a busca de alternativas e novos modos de se relacionar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas reflexões sobre a relação trabalhadora – pesquisadora

Em diversos momentos da pesquisa as reflexões sobre essa relação se fizeram presente. Na fase de convite e realização das entrevistas tínhamos definido que todos os familiares, acompanhantes de usuários que preenchessem os critérios estabelecidos, seriam convidados. Porém, por questões éticas e de comprometimento da pesquisadora – psicóloga do serviço com o trabalho desenvolvido não foi possível cumprir à risca o proposto. Algumas situações imprevistas e típicas do cotidiano de um serviço de saúde mental entrepuseram-se, tais como o acolhimento de pacientes em crise (pós tentativa de suicídio, surto psicótico, agitação psicomotora, entre outros) e pacientes encaminhados pelo Pronto Socorro Municipal para seguimento no CAPS. Nessas ocasiões foi inviável realizar o convite para que os familiares participassem de entrevista posterior devido ao desgaste emocional e físico dos mesmos no momento do acolhimento.

Ser ao mesmo tempo pesquisadora e trabalhadora traz vantagens e limites para a pesquisa. Durante a realização das entrevistas o familiar entrevistado sabia estar respondendo questionamentos feitos pela psicóloga do CAPS, o que provavelmente interfere em algumas respostas, principalmente no que diz respeito à avaliação do serviço. Por outro lado, a aceitação da pesquisa por parte da equipe e usuários é bastante facilitada pela condição de trabalhadora. Essa mesma condição propicia a implementação de novas práticas e estratégias decorrentes de reflexões feitas no processo de pesquisa.

A convivência com famílias de diversas configurações e níveis de complexidade, desde famílias que conseguem garantir um suporte social e afetivo suficiente ao familiar adoecido até famílias que não dão conta desse suporte devido a outros fatores para além do adoecimento provocou muitas reflexões. O sofrimento de usuários e famílias diversas vezes é acompanhado por questões como violência doméstica, membros da família usuários de substâncias psicoativas, desemprego, outros familiares portadores de doenças crônicas ou dependentes de cuidado, entre outros. O que faz pensar que mesmo se fosse possível uma atuação exemplar do profissional de saúde mental comprometido com a realidade e suas possibilidades no serviço de saúde essas questões não se esgotariam. Afinal, não é sem razão a necessidade do trabalho em saúde mental estar articulado com uma rede de dispositivos.

O contato diário com o sofrimento psíquico e com situações que revelam a “miserabilidade humana” em diversas facetas acarreta intenso desgaste emocional aos trabalhadores. Assim, muitas vezes a pesquisadora se viu com pouca disposição intelectual para o necessário aprofundamento e reflexão sobre as questões suscitadas pela pesquisa. Ficando em diversos momentos imersa no cotidiano do trabalho, afetada pelo que poderia ser chamado de “efeitos colaterais do vínculo com o usuário e familiares” e afastada do necessário e difícil aprofundamento teórico.

Durante todo o tempo de desenvolvimento da pesquisa as reflexões suscitadas foram provocando mudanças na atuação e compreensão de algumas questões no serviço pela psicóloga. Foi possível ampliar o olhar para a necessidade de cuidado da família, inicialmente esse olhar se dava numa única direção: das queixas do usuário em direção à família. Esta era solicitada a comparecer quando o usuário se queixava da não compreensão da família em relação ao sofrimento e outras questões e a família então recebia orientações a respeito. Ao longo do tempo foi possível considerar essa relação que interfere na vida de ambos, familiares e usuários, e ampliar as propostas de intervenção realizando reuniões de família, alguns grupos de família e atendimentos aos familiares com a finalidade de cuidado aos mesmos.

Concluir é preciso...

Durante o desenvolvimento da pesquisa buscou-se compreender como se dá o processo de cuidado em saúde mental a partir das narrativas de familiares identificados como cuidadores principais. Com base na realização, transcrição e análise de entrevistas foi possível conhecer alguns significados atribuídos ao processo de adoecimento psíquico.

Inicialmente se pretendia explorar a trajetória percorrida pelos familiares em busca de cuidados e as redes de apoio utilizadas. Porém, durante a pesquisa os dados evidenciaram que a questão central a ser discutida deveria ser o processo de cuidado.

Com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial (processos contínuos que se mantêm em ação) têm se discutido e buscado cada vez mais outras formas de compreender a relação família e saúde mental e construir novos caminhos para o cuidado. Para além dos processos de culpabilização da família que continuam vigentes ou de intensificação de suas funções, os trabalhadores da saúde mental têm buscado estabelecer uma relação de parceria com a família, a fim de construir coletivamente estratégias possíveis para lidar com o sofrimento e os impactos no grupo familiar.

Nesse sentido ainda há muito a avançar. Seja na formação dos trabalhadores em saúde mental que deve ser continuamente aprimorada, nas produções teóricas a respeito do tema, na efetivação das políticas públicas e no estímulo à participação das famílias. Cabe apontar que, para além de estimular e preparar o cuidador para o convívio e cuidado no domicílio e outros espaços sociais, é necessário que a família tenha condições reais, objetivas e subjetivas, de prover condições materiais e continência afetiva para seus membros. Para que isso seja possível faz-se imprescindível a articulação com outras políticas públicas e o engajamento em outras lutas, como a defesa dos direitos humanos e a luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

A pesquisa trouxe algumas contribuições no que diz respeito ao conhecimento das vivências dos familiares no cuidado em saúde mental, suas particularidades, potencialidades e limites. Os resultados apontam os seguintes núcleos de significação relacionados ao processo de adoecimento: 1) *Gravidez e crenças populares*; 2) *Ressentimento*; 3) *Acúmulo de vivências e situação limite*.

Em relação ao cotidiano do cuidado e seus diferentes significados, alguns resultados corroboram dados encontrados na literatura, que apontam para a sobrecarga física e emocional no processo de cuidado (KEBBE et al., 2014; ROSA, 2011; NAVARINI, V.; HIRDES, A., 2008). Outros elementos importantes que foram evidenciados são as contradições do cuidar, como o desencadeamento de sentimentos ambíguos e por vezes negativos nos cuidadores, como impotência, tristeza, sensação de contrariedade.

Esse estudo propiciou levantar apontamentos que merecem ser aprofundados em outras pesquisas, como a necessidade de investigação da história da construção social do papel de cuidador – quem cuida e porque que cuida, a partir de quais vivências e condições subjetivas e objetivas e a importância de investigar melhor a trajetória em busca de cuidados em saúde mental e as redes de apoio utilizadas.

Espera-se que os dados dessa pesquisa contribuam para a reflexão sobre a relação família, saúde mental e o cuidado, em especial no que tange a participação e papel do CAPS enquanto estratégia de atenção e cuidado aos usuários em sofrimento psíquico e seus familiares. Diante da complexidade do tema fazem-se necessárias outras investigações e aprofundamento que incluam as narrativas do familiar adoecido, outros membros da família e dos trabalhadores do CAPS diante das questões apresentadas.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicol. Ciênc. Profis*, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v.94, n.236, p.222-245, jan./abr. 2013.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

BORBA, L. O. et al . Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 46, n. 6, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600018>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília: CONASS, 2003. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf Acesso em: 16 julho 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Brasília: CONASS, 2003. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf Acesso em: 16 julho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, 2002; 20 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. 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, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008a. Seção 1, p. 47-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: 10 agosto de 2015.

BRASIL. Portaria n. Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 10 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 130, de 26 de janeiro de 2012. *Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros*. Diário Oficial da União, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em 10 de agosto de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRUSAMARELLO, T. et al . Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto contexto - enferm.*, v. 20, n. 1, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100004>.

CADERNO COMEMORATIVO DOS 20 ANOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL, Bauru 2007. Mimeog.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 43, n. 2, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2013.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CERRONI, U. Considerações sobre a relação família-sociedade. In: *A crise da família e o futuro das relações entre os sexos*. Trad. de Giseh Vianna Konder. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1971.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, v.25, n.58, p.12-25, 2001.

DE CARVALHO, N. R.; DA COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicologia Clínica*, 20(1), 2008, p. 153-164.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A.L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A.K. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis*, v. 20, n. 4, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400008>.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. bras. enferm.* v. 64, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Julho 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100007>.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do estado*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

ESTEVAM, M. C. et al. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. 3, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 Mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300019>.

GABARDO R. M.; JUNGES J. R.; SELLI L. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2009; v 1, n. 43, p. 91-97 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100012&lng=pt. Acesso em 3 ago 2013.

HILLER, M.; BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S. Cuidado familiar à idosa em condição crônica por sofrimento psíquico. *Esc. Anna Nery*, v. 15, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Julho 2013.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000300015>.

JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Adoecimento mental e a família: representações e subjetividades. In.: TRAD, Leny A. Bonfim (org). *Família contemporânea e saúde: significado, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. P.335-370.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde debate*, v. 38, n. 102, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300494&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>.

KINOSHITA, R.T.; ZONTA, C. O programa de saúde mental de Bauru. In: CAPISTRANO FILHO, D. (Org); PIMENTA, A.L. (Org). *Saúde para todos: um desafio ao município. A resposta de Bauru*. São Paulo: Hucitec, 1988. p. 92-96.

LAING, R. D., ESTERSON, A. *Sanidade, loucura e a família*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2014.

LEONTIEV, A. Sobre o desenvolvimento histórico da consciência. In:____. *O desenvolvimento do psiquismo*. São Paulo: Horizonte, 1978, p. 88-142.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.19, n. 1, p. 61-71, 2008.

MARTINS, LM. Introdução aos fundamentos epistemológicos da Psicologia Sócio-Histórica. In: *Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da Psicologia Sócio-Histórica*. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica, 2008, p. 33-60.

MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre trabalhadores de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2006.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências In TRAD, L. A. B. (org) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, p. 51-66,

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto and Contexto Enfermagem*, 2008, 17(4), 680.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: _____. (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea, 2001. p. 9-62.

NETTO, J. P.. Marxismo e família: notas para uma discussão. In: AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V. (Orgs.) *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. 3.ed.São Paulo: Cortez, 2000. Pt 1:teorias críticas:família e violência contra crianças e adolescentes; item d :p.81-96.

NOGUEIRA, C. A. O. *Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola / Cíntia Aparecida de Oliveira Nogueira. – Botucatu : [s.n.], 2009.*

OLIVEIRA, B. A dialética do singular – particular – universal. In: V Encontro de Psicologia Social Comunitária sobre o tema *O método materialista histórico dialético*, Bauru, 2001. p.1-21.

PASQUALINI, J.C. Dialeticidade singular – particular – universal. Mimeo, 2010.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 110-14.

PRESTES, Z.R. *"Quando não é quase a mesma coisa: análise de traduções de Lev Semionovitch no Brasil, repercussões no campo educacional."* Brasília: Universidade de Brasília, 2010.

REIS, JRT. *Cenas familiares: psicodrama e ideologia*. São Paulo (SP): Ágora; 1992.

RESTA, D.G.; BUDÓ, M.L.D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. *Acta Scientiarum. Health Sciences* 2004; 26(1):53-60.

RIGOTTO, R. M. et al. Análise das condições organizacionais e de seu impacto sobre a saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará - Relatório Final. Fortaleza, 2007.
Disponível em:
<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Analise_condicoes_org.pdf.htm>. Acesso em: 20 nov. 2015.

ROSA, L. C. S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 4, p. 1059-1071, 2013. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76500>>. Acesso em: 15 Mar. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/sausoc.v22i4.76500>.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*, 15(3), p. 11-28, 2004.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M.A.F. (Orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. 3º Ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 21-36.

SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, AR; VITALE, MAF, organizadoras. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: IEE/PUC-SP/Fundação Konrad Adenauer; 2003, p. 39-50.

SZYMANSKI, H. *A relação família-escola: desafios e perspectivas*. 2. ed. Brasília: Liber Livro; 2010.

SZYMANSKI, H. A prática de pesquisa participante junto a famílias de baixa renda: o jogo cotidiano do vivido e do pensado. In: VASCONCELOS, N.A. (Org.). *Comunidade, meio ambiente e qualidade de vida*. Coletâneas da ANPEPP. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Psicologia; 1996, p. 35-40.

TAVARES, M.; WERLANG, B. S. G. O conceito de crise na Clínica da Intervenção em Crise. In: Terezinha de Camargo Viana; Gláucia Starling Diniz; Liana Costa Fortunato; Valeska Zanello. (Org.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livros, 2012, v. 1, p. 485-508.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

VASCONCELOS, Eduardo M. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.); KLEIN, A; FREITAS, C. de; FONSECA, M. L. *Reforma psiquiátrica e saúde na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 27-55.

VASCONCELOS, Eymard M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.23, n.53, p.6-19, 1999. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n53.pdf. Acesso em 10 jul 2013.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, vol. 11, n. 2, maio-agosto, 2006, pp. 159-168.

VIGOTSKI, L.S. (1934) A construção do pensamento e da linguagem. São Paulo. Ed. Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L.S. (1935). Quarta aula: a questão do meio na pedologia. Trad. de Márcia Pileggi Vinha e Max Welcman. *Psicol. USP*, v. 21, n. 4, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642010000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 mar. 2015.

VYGOTSKI, L.S. (1931). Análisis de las funciones psíquicas superiores. In: ____. *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Ed. Visor, 1983, p.97-120. (Obras Escogidas III)

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ.

Apêndice A – Roteiro da Entrevista

Primeira etapa

Dados gerais:

1. Nome do familiar
2. Idade
3. Sexo
4. Ocupação
5. Escolaridade

Dados do usuário:

1. Nome do usuário
2. Idade
3. Sexo
4. Ocupação
5. Escolaridade
6. Diagnóstico (CID)

Relação com o usuário:

Grau de parentesco, reside no mesmo domicílio ou não, é o principal cuidador e se sim, quais as atividades envolvidas no cuidado.

Caso o acompanhante seja o principal cuidador a entrevista irá explorar os seguintes aspectos:

Segunda etapa

- Quando você percebeu que o familiar começou a apresentar os primeiros sinais de adoecimento?

- Você tem alguma explicação para que isso tenha acontecido?

- Quais foram os encaminhamentos após a identificação do problema? (qual o primeiro lugar em que buscou ajuda, foram utilizados outros serviços antes do CAPS, que tipo de orientação recebeu, qual a avaliação desses serviços?)

- Como ficou sabendo do CAPS?

- Qual a expectativa em relação ao CAPS?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado (a) Senhor(a),

Estamos realizando a pesquisa “Trajetória de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”, a fim de investigar os diversos aspectos que envolvem a trajetória percorrida por usuários e familiares na busca de cuidados para os problemas de saúde mental até a chegada ao CAPS. Para tal estudo, solicitamos a sua colaboração.

Essa pesquisa busca conhecer quais os recursos buscados pelas famílias e os significados atribuídos ao processo de adoecimento, visando obter informações que possam contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental e para a qualificação do trabalho em rede.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais e discussões em grupo, as quais serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas e analisadas. As gravações ficarão sob a responsabilidade das pesquisadoras durante o período de desenvolvimento do projeto, comprometendo-se a destruí-las após a conclusão do trabalho. É garantido o sigilo das informações, assegurando a privacidade quanto aos seus dados confidenciais. Informamos que a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru está isenta de quaisquer responsabilidades por esta pesquisa.

Sua participação é voluntária e, mesmo que decida participar, poderá interromper a entrevista a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Esse termo será emitido em duas vias, das quais uma ficará com você e outra com a responsável pela pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, a responsável pela pesquisa está disponível para prestar todos os esclarecimentos necessários. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (14) 3880-1608/3880-1609.

Assim, eu _____

RG nº _____ concordo em participar da pesquisa “Trajetória de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial”, autorizando a gravação das discussões e a utilização dos dados obtidos nessa pesquisa para eventual comunicação, publicação e/ou reprodução dos mesmos em trabalhos científicos, ressalvando o sigilo e a ética. Caso seja necessário, estarei à disposição para complementação dos dados.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins - Orientadora
Rua Daniel Zacharias, 852 Jardim Paraíso CEP 18610-280, Botucatu – SP.
Email: stfm@fmb.unesp.br - Telefone: (14) 3880-1243.

Juliana Peixoto Pizano - Psicóloga Pesquisadora
Rua João Poletti, 3-13 Vila Guedes de Azevedo CEP 17012-1360, Bauru – SP.
E-mail: ju.pizano@gmail.com – Telefone: (14) 8153-7303.

Assinatura do (a) participante