

O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família*

A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER TEAM'S WORK FROM A FAMILY PERSPECTIVE

EL TRABAJO DEL EQUIPO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA PERSPECTIVA DE LA FAMILIA

Marcio Wagner Camatta¹, Jacó Fernando Schneider²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender as vivências de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao trabalho da equipe de saúde mental. Como referencial teórico-filosófico utilizou-se a sociologia fenomenológica. Os dados foram coletados por meio de entrevista realizada com 13 familiares em outubro e novembro de 2006, em um CAPS de Porto Alegre. Três categorias emergiram da análise compreensiva. Este artigo está focado em uma dessas categorias: o trabalho como projeto, ação e ato. A análise realizada permitiu considerar que o trabalho da equipe do CAPS tem resultados concretos na assistência em saúde mental; as ações da equipe estão focadas no usuário; e que o trabalho da equipe deveria integrar mais a família ao serviço. Estas considerações podem servir de subsídios para que as equipes de saúde mental reflitam sobre suas práticas a respeito do envolvimento da família no seu trabalho.

DESCRITORES

Saúde mental.
Serviços de saúde mental.
Família.
Filosofia.

ABSTRACT

The objective of this study was to understand the experiences of family members of patients seen at a Psychosocial Care Center (PSCC) in terms of the work performed by the mental health team. The theoretical-philosophical framework used was phenomenological sociology. Data collection took place by means of an interview performed with 13 family members in October and November, 2006 at a PSCC in the city of Porto Alegre, Brazil. The comprehensive analysis yielded three categories. This article focuses on one of those categories: work as a project, action, and act. The analysis permitted to consider that the PSCC team's work has concrete results in mental health care; the team's actions are user-centered; and that the team's work should increase family-service integration. These considerations could serve as support for mental health teams to reflect about their practice regarding involving the patient's family in their work.

KEY WORDS

Mental health.
Mental health services.
Family.
Philosophy.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender las vivencias de los familiares de los usuarios de un Centro de Atención Psicossocial (CAPS) en relación al trabajo de un equipo de salud mental. Como marco teórico y filosófico se utilizó la sociología fenomenológica. Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas realizadas con 13 familiares, entre octubre y noviembre de 2006, en un CAPS de Porto Alegre. Del análisis comprensivo, emergieron tres categorías. Este artículo está enfocado en una de esas categorías: el trabajo como proyecto, acción y acto. El análisis realizado permitió considerar que el trabajo del equipo del CAPS obtuvo resultados concretos en la asistencia de la salud mental; las acciones del equipo están enfocadas en el usuario; el trabajo del equipo debería integrar más a la familia al servicio. Estas consideraciones pueden servir de subsidio para que los equipos de salud mental reflexionen sobre sus prácticas en lo que se refiere a la participación de la familia en su trabajo.

DESCRIPTORES

Salud mental.
Servicios de salud mental.
Família.
Filosofía.

* Extraído da dissertação "Vivências de familiares sobre o trabalho de uma equipe de saúde mental na perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz", Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. ¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. mcamatta@terra.com.br ² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. jaco_schneider@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da psiquiatria no século XVIII, a relação do mundo ocidental com a loucura deixa aos poucos o seu caráter eminentemente místico e divino, e dá lugar ao cientificismo emergente daquele período, inserindo-a no campo da medicina. Neste campo, a loucura era entendida como a falta de razão (*desrazão*) que assolava o indivíduo, sendo necessário, portanto, o seu isolamento social⁽¹⁾.

O afastamento dos indivíduos do seu meio social e familiar tornou-se uma premissa do tratamento proposto naquela época, pois a família era vista como causadora do adoecimento pelos alienistas, o que reforçava a necessidade do isolamento, como medida terapêutica⁽²⁾. A história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente, pois a relação da família com o manicômio era de cumplicidade na internação do paciente, traduzida na gratidão desses familiares em verem-se aliviados do problema⁽³⁾.

Essas duas posturas atribuídas à família - ora de cumplicidade das promessas de cura e ora de responsável pelo sofrimento de seu familiar - não deram visibilidade a seu possível papel como recurso no processo terapêutico do familiar em sofrimento psíquico.

O século XX foi marcado por novos olhares sobre a atenção em saúde mental, o que desencadeou um processo de novas maneiras de assistir em saúde mental. Neste período surgiram diversas propostas de reforma psiquiátrica, dentre as quais se destacaram a Psicoterapia Institucional, a Comunidade Terapêutica, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Comunitária, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. No entanto, foi este último, também conhecido como movimento de desinstitucionalização que inspirou o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro na década de 1970.

A desinstitucionalização apresenta como característica, não a *desospitalização* ou a *desassistência*, mas a crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, na busca do resgate dos direitos dos cidadãos⁽¹⁾. Portanto, este movimento questiona as instituições, os saberes e as práticas psiquiátricas tradicionais.

As práticas tradicionais psiquiátricas podem ser entendidas como às concernentes ao modo asilar⁽⁴⁾ ao qual, entre outras características tem o hospital psiquiátrico como principal local de tratamento e entende o indivíduo como doente, não participante do seu tratamento, preconizando o seu isolamento do convívio familiar e social. Contudo, desde a década de 1990 as políticas de saúde mental no Brasil vêm se pautando, graças ao movimento de reforma psiquiátrica, no modo psicossocial⁽⁴⁾ ao qual, entre outras características, considera o indivíduo como uma pessoa em sofrimento psí-

quico, que juntamente com seus familiares e o meio social em que vivem se tornam fundamentais no tratamento. Além disto, os locais de tratamento são diversificados e funcionam predominantemente de forma aberta na comunidade.

Esses serviços são elementares para a constituição de uma rede de atenção em saúde mental voltadas para o cuidado tanto do sujeito em sofrimento psíquico quanto da sua família, tais como hospitais-dia, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e unidades básicas de saúde e de saúde da família⁽⁵⁾.

A família representa o principal *lôcus* do tratamento do seu familiar em sofrimento psíquico, entretanto, conviver com ele constitui-se um grande problema para os familiares devido ao desencadeamento de desgaste, tensões e conflitos⁽⁶⁾.

Há uma preocupação dos profissionais de saúde mental quanto às responsabilidades imputadas aos familiares no contexto da reforma psiquiátrica, tendo em vista a carência de suportes institucionais⁽⁷⁾, pois a família está pouco preparada para manter o seu familiar em sofrimento psíquico desinstitucionalizado⁽⁸⁾.

As intervenções terapêuticas dos profissionais de saúde devem ser implementadas considerando essa realidade, pois quando um familiar procura um profissional de saúde mental para tratar seu parente, surge neste encontro a possibilidade de reconhecimento e acolhimento do sofrimento de ambos⁽⁹⁾. Este reconhecimento deve considerar o enriquecimento das redes familiares e sociais dos sujeitos em sofrimento psíquico em termos quantitativos (serviços de apoio e profissionais qualificados) e qualitativos (apoio, informação e pesquisas)⁽¹⁰⁾.

Com a proposta de desinstitucionalização, a família passou da condição de cúmplice e vítima para de protagonista⁽³⁾, sendo assim, é imprescindível uma atitude de compromisso e responsabilização por parte da equipe de saúde mental na construção um espaço de negociação em que a família se sinta sujeito de um projeto⁽¹¹⁾.

Com as novas propostas de serviços como o CAPS, a equipe de saúde mental deve abandonar a tradicional abordagem à família - culpabilização, vitimização, cumplicidade e de meros informantes - para uma nova postura, também como protagonistas de um processo de reforma da atenção em saúde mental.

Preocupados com a atenção prestada à família do sujeito em sofrimento psíquico, neste artigo propomos compreender como os familiares de usuários de um CAPS vivenciam o trabalho de uma equipe de saúde mental que atua neste serviço.

Este estudo é relevante na medida em que dá voz aos familiares que vivenciaram o trabalho de uma equipe de

A história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente, pois a relação da família com o manicômio era de cumplicidade na internação do paciente, traduzida na gratidão desses familiares em verem-se aliviados do problema.

saúde mental. Além disto, nos permitiu maior aproximação e compreensão sobre as vivências da família neste contexto, o que pode servir de subsídio a uma reflexão da equipe de saúde mental sobre o cotidiano do seu trabalho.

OBJETIVO

Compreender as vivências de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em relação ao trabalho da equipe, sob a perspectiva da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz.

REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Por tratar-se da compreensão de vivências de familiares, optamos por utilizar como referencial teórico-filosófico a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Este sociólogo se apoiou nos estudos da fenomenologia de Edmund Husserl e da sociologia compreensiva de Max Weber para fundamentar a sociologia fenomenológica, contribuindo assim para a construção de conhecimentos nas ciências sociais e humanas.

Este referencial propicia o aprofundamento do conhecimento da realidade social como um mundo social, que é vivenciada por atores sociais e por seus semelhantes, também dotados de uma consciência capaz de atribuir significado às suas vivências e ações.

Nesta perspectiva, o trabalho é definido como uma ação no mundo exterior, a qual está baseada em um projeto que é intencionado pelo ator social na sua realização⁽¹²⁾. Em outras palavras, o trabalho é uma ação realizada por um ator social que se pauta em um projeto estipulado anteriormente por ele.

O mundo dessas ações sociais ocorre em uma realidade tida como mundo social, no qual é compartilhado, vivenciado e interpretado pelo ator e seus semelhantes. Assim, é possível compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, isto é, a partir das relações sociais⁽¹³⁾.

Neste artigo utilizamos alguns conceitos da sociologia fenomenológica para a compreensão da realidade social dos familiares de usuários de um CAPS ao vivenciarem o trabalho da equipe de saúde mental. Tais conceitos foram explicitados ao longo da apresentação dos resultados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo fenomenológico, especificamente a sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Esta modalidade visa à descrição da experiência vivida e os significados atribuídos a ela pelos sujeitos que a vivenciam como fenômeno⁽¹⁴⁾.

O campo de estudo foi um CAPS II localizado em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Os CAPS II constituem-se em serviços de atenção em saúde mental destinados ao atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes na área de abrangência territorial do serviço, com população entre 70.000 e 200.000 habitantes⁽⁵⁾. A escolha deste CAPS foi intencional devido à inserção dos pesquisadores em atividades de ensino, extensão e pesquisa neste serviço.

A equipe de saúde mental deste serviço conta com a participação de três psiquiatras, duas enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, três terapeutas ocupacionais, três psicólogas, uma assistente social, uma educadora física e uma nutricionista. Vale destacar que há estagiários e residentes de diferentes áreas como psicologia, psiquiatria, enfermagem e educação física, que participam da maioria das atividades realizadas no serviço.

Os sujeitos pesquisados foram 13 familiares de usuários do serviço que estivessem mais envolvidos com o tratamento do familiar-usuário, os quais foram identificados por meio de conversas informais com usuários, familiares e a própria equipe. Assim, selecionamos os familiares que os usuários referiam-se como bem participativos em seu tratamento; àqueles que iam ao serviço levar ou buscar seu familiar-usuário e também àqueles que eram apontados pela equipe como exigentes demais. Além disto, os selecionados deveriam ter disponibilidade em participar do estudo.

Para a coleta dos depoimentos foram realizadas entrevistas nos meses de outubro e novembro de 2006, por meio da questão orientadora: *Fale sobre o trabalho da equipe do CAPS*. As entrevistas foram encerradas no momento em que observamos a repetição acentuada das mesmas afirmações.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sob número 001.042261.06.6 em 2006.

Para análise dos depoimentos nos focamos nas convergências das unidades de significado que emergiram dos depoimentos à luz do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. E como forma de revelar a essência do fenômeno, seguimos os seguintes passos⁽¹⁵⁾: leitura de cada depoimento; releitura de cada depoimento destacando unidades de significado; mediante uma postura reflexiva descrevemos o que estava expresso nestas afirmações; a partir do estabelecimento das convergências das unidades de significado, construímos as categorias concretas; realizamos uma compreensão vaga e mediana dos depoimentos a partir das categorias concretas; e por fim a interpretação compreensiva para revelar a essência do fenômeno.

A partir da análise dos depoimentos foi possível organizar os resultados das vivências desses familiares em três categorias concretas, sendo suas denominações inspiradas

em conceitos do referencial da sociologia fenomenológica. Desta maneira, consideramos que o trabalho da equipe do CAPS é vivenciado pelos familiares de acordo com as seguintes categorias concretas: o trabalho como projeto, ação e ato; o trabalho fundamentado no interesse à mão; e o trabalho permeado por relações interativas.

Neste artigo apresentamos a interpretação compreensiva dos depoimentos da primeira categoria concreta - o trabalho da equipe como projeto, ação e ato. A interpretação compreensiva, à luz da sociologia fenomenológica, nos permitiu realizar um movimento de *voltar às coisas mesmas* desvelando algumas facetas do saber imanente dos familiares.

Na apresentação dos depoimentos, os familiares estão representados pela letra F, seguida do número correspondente à ordem com que a entrevista foi realizada (de F1 a F13), e para garantir o anonimato, utilizamos a letra W para os profissionais e nomes fictícios para os usuários.

RESULTADOS

A delimitação desta categoria se deu a partir das descrições singulares de cada familiar entrevistado, acerca do fenômeno em estudo. Assim, no referencial da sociologia fenomenológica os atores do mundo social são situados biograficamente, isto é, são constituídos pela história, pela cultura e pelas relações sociais⁽¹³⁾. Enquanto grupo social, os familiares expressaram suas vivências sobre o trabalho da equipe do CAPS a partir do lugar ocupado por cada um deles no mundo social.

Nesse referencial, a situação biográfica do pesquisador também interfere na compreensão do fenômeno, pois, embora nosso olhar esteja orientado pelas regras da fenomenologia, o fazemos a partir do local que ocupamos no mundo social, isto é, como enfermeiros e pesquisadores que já vivenciamos o trabalho com famílias. Nesse sentido, a construção da categoria - o trabalho como projeto ação e ato - foi mediada, tanto pela situação biográfica dos pesquisados quanto a dos pesquisadores.

O trabalho, como uma ação, baseada num projeto, integra as dimensões do tempo presente, passado e futuro⁽¹³⁾. Sendo assim, este conceito evoca os conceitos de *projeto*, *ação* e *ato* - o *projeto* é a fantasia antecipada do *ato*, com intenção em desenvolvê-lo; a *ação* está relacionada com uma conduta baseada em um projeto prévio; e o *ato* designa o resultado dessa ação já realizada⁽¹³⁾.

Nesta categoria, esses elementos puderam ser identificados nos depoimentos dos familiares quando descreveram suas vivências sobre o trabalho da equipe. O trabalho como *projeto* é revelado pelos familiares quando os mesmos se referem ao trabalho da equipe como planejado e organizado em reuniões de equipe.

[...] eu acho que o que querem fazer e o que estão fazendo é muito bom (F1).

Essas reuniões que acontecem de equipe sempre uma vez por semana, [...] para poder prestar uma assistência melhor pra esse paciente (F8).

Cada CAPS deve possuir um projeto terapêutico que seja amplo e considere as habilidades técnicas dos profissionais, as iniciativas dos familiares e usuários, e as potencialidades do território em que está inserido, respeitando sua identidade cultural⁽⁵⁾.

Para os familiares, o trabalho da equipe é um trabalho pensado pelos profissionais, na busca de um objetivo junto aos usuários do serviço. Este planejamento orienta as ações da equipe e é reconhecido como relevante para se qualificar o trabalho da mesma, pois permite uma melhor assistência aos usuários.

Contudo, o projeto terapêutico do CAPS deve subsidiar a produção do Projeto Terapêutico Individual (PTI) do sujeito em sofrimento psíquico o qual deve ser construído, com a participação de um profissional da equipe do serviço, juntamente com a família e o usuário, de acordo com as necessidades deste⁽⁵⁾.

Em um estudo realizado com a equipe desse serviço, a mesma destacou que o PTI é um dos principais instrumentos norteadores de suas práticas cotidianas na busca da reabilitação psicossocial dos usuários⁽¹⁶⁾. No entanto, em nossa pesquisa, na perspectiva dos familiares, o PTI não foi ressaltado como um instrumento do trabalho da equipe. O contraste entre esses achados nos gerou algumas inquietações quanto à produção do PTI no CAPS.

Então, nos questionamos: os familiares são convidados para participar da construção do PTI? Caso reconheçam sua participação, eles sabem da relevância desse instrumento? Caso não reconheçam sua participação, como seria possível conscientizar-se do seu potencial protagonismo na atenção em saúde mental (desinstitucionalização)?

Preconizado pelo Ministério da Saúde, o PTI é um instrumento essencial para o trabalho no CAPS, servindo de um importante mecanismo, tanto de orientação das ações da equipe, quanto de avaliação da atenção em saúde mental prestada aos usuários e sua família⁽⁵⁾. Entendemos que a construção do PTI deveria ser realizada na relação entre os sujeitos envolvidos - profissional, usuário e família - e no reconhecimento mútuo de suas situações biográficas singulares, especialmente em relação ao sofrimento psíquico.

Para os familiares, o planejamento da atenção em saúde mental no CAPS vem se operando exclusivamente pela equipe em encontros privados aos familiares. Pensamos que a não participação dos familiares na construção do PTI, ou mesmo a não conscientização deles sobre o significado deste projeto, pode repercutir negativamente no envolvimento da família com o tratamento do seu familiar-usuário, interferindo assim na sua inserção no serviço e consequentemente fragilizando o seu comprometimento na pactuação de responsabilidades entre os envolvidos.

Por outro lado, embora os familiares reconheçam que o planejamento do trabalho da equipe seja importante para qualificar o seu trabalho, ele também se mostrou um obstáculo para o acesso dos familiares e usuários ao serviço.

[...] a menina mais velha, retardada, está sem tratamento; porque é a burocracia (F11).

O hospital que marcou direto [...] Sei que tem uma porta, mas vê se tu consegue. Essa minha amiga já veio direto, e eu digo, não, pelo amor de Deus, você não vai perdy (F1).

Nesses depoimentos, transparece a existência de uma organização para que as pessoas sejam atendidas pela equipe do CAPS, ao referirem-se que há uma *porta* que dá acesso ao atendimento no serviço. No entanto têm encontrado dificuldades para entender a lógica de orientação do fluxo de acesso ao CAPS.

A organização deste fluxo mostrou-se como um obstáculo para o acesso dessas pessoas, pois nos depoimentos fica claro que o sentimento que aparece quando alguém consegue acessar o serviço é o de conquista e alívio em ter vencido os trâmites burocráticos. Isso mostra que a organização do fluxo de acesso ao serviço repercute na vivência desses familiares sobre o trabalho da equipe, pois, para conseguir usufruir deste atendimento, necessariamente os familiares precisam de um encaminhamento emitido por um serviço de saúde, que nem sempre representa a garantia de inserção no serviço.

Para a comunidade poder acessar o CAPS é imprescindível que a equipe acredite na possibilidade do acolhimento como estratégia de sua organização⁽¹²⁾. O acolhimento, juntamente com a escuta atenta do sofrimento daqueles que buscam o CAPS, representam o primeiro contato desses sujeitos com a equipe a qual visam estabelecer um vínculo terapêutico e de confiança⁽⁵⁾.

Entendemos que o ato de acolher da equipe de saúde mental envolve a escuta das necessidades que emergem da biografia e da situação existencial daqueles que buscam o serviço, seja o sujeito em sofrimento psíquico, seja o seu familiar, ou ambos. Portanto, ao acolhimento está imbricada a escuta atenta de todos que procuram o serviço, a criação de vínculo, compromisso e credibilidade mútua entre os envolvidos.

As equipes de saúde mental devem entender que é no contato entre os profissionais, usuários e familiares que se opera o acolhimento, devendo, portanto, ocorrer uma discussão no âmbito desses serviços sobre utilização deste recurso como uma importante ferramenta de trabalho.

No percurso, entre o que é planejado e o que é concretizado, os profissionais do CAPS lançam mão de várias estratégias, com objetivos terapêuticos, para transformar a ação planejada em ato concreto. Essas estratégias, para os familiares, estão configuradas em visitas domiciliares, consultas clínicas e uma diversidade de oficinas terapêuticas.

Teve uma época que ele não estava bem, nós ligávamos pra cá e a enfermeira ou a assistente social, quem estivesse disponível na hora, ia lá em casa (F1).

Ela participou das oficinas que ofereciam aqui no CAPS. [...] Então, quando ela se sentiu mais segura, ela veio mais para as consultas marcadas (F8).

Desta maneira o trabalho como *ação* é visto no momento em que a equipe implementa essas estratégias na atenção em saúde mental aos usuários, e em alguma medida aos familiares, visto que os mesmos são atendidos pela equipe quando solicitada. Entretanto, a participação e a inserção desses familiares junto ao CAPS parecem ser ainda superficiais, pois as ações da equipe estão voltadas predominantemente para o familiar-usuário.

A inserção da família em CAPS pode ser efetivada por meio de diversas estratégias, tais como atendimento individual, grupo de família, busca ativa, visita domiciliar e oficinas terapêuticas, pois, esse convívio e parceria, oportuniza o surgimento do vínculo entre equipe e família para a construção de caminhos menos sofridos e estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico⁽¹⁷⁾.

Por meio de simples estratégias junto aos familiares seria possível promover uma escuta qualificada das suas necessidades e dificuldades, e ao mesmo tempo, possibilitaria o manejo, pela equipe, de determinadas situações em que os serviços comunitários de saúde mental enfrentam cotidianamente⁽¹⁸⁾.

As ações da equipe do CAPS vêm sendo desempenhadas num contexto denominado de mundo social, isto é, aquele em que ocorre a vida cotidiana no qual as pessoas se comunicam e agem⁽¹²⁾. Por meio de atos de trabalho os profissionais se comunicam e conseguem organizar diferentes perspectivas espaciais desse mundo social.

O mundo social no qual a equipe do CAPS vêm atuando e se comunicando, entre si e com os usuários e familiares, transcende o espaço físico do serviço. Sendo assim, para os familiares, o espaço do domicílio também é uma dimensão do mundo social onde ocorre o trabalho da equipe.

O reconhecimento do domicílio como um dos espaços de atenção em saúde mental aponta para a comunidade como um espaço social a ser explorado. Contudo, as suas ações devem estar orientadas para o cenário do mundo social, rompendo com os limites espaciais do serviço e do domicílio, englobando outros espaços sociais.

A comunidade representa uma fonte inesgotável de recursos, materiais e humanos, para um serviço de saúde mental⁽³⁾, e a utilização de todos os espaços sociais possíveis para o trabalho da equipe do CAPS junto à família é necessária para a promoção de um cuidado integral⁽¹⁷⁾.

A criação e diversificação de estratégias para o trabalho junto às famílias, e a ocupação de diferentes espaços sociais (cenário das ações da equipe), poderão facilitar a

inserção efetiva da família junto ao CAPS. Assim, as ações da equipe ocorreriam em um cenário mais amplo, repleto de possibilidades para a promoção da saúde mental das pessoas.

No referencial da sociologia fenomenológica, a concretização da ação planejada é tida como *ato*, isto porque essa ação já foi concluída. Desta maneira, o resultado das ações da equipe pode servir de objeto de reflexão do familiar sobre o trabalho da mesma, atribuindo-lhe significados.

O trabalho da equipe como *ato* é apontado pelos familiares como os resultados concretos do tratamento oferecido pelo serviço. Esses resultados se apresentaram, para os familiares, em contraste, na medida em que eles comparavam o antes e o agora, pois puderam constatar mudanças importantes no quadro psíquico do seu familiar desde o seu ingresso no CAPS.

O trabalho, pelo que eu vejo, dá muito resultado. Pelo que minha mulher, quando começou a frequentar aqui, do jeito que ela era, antes, e como está agora (F13).

[...] a pessoa vai se tratando pra vê se fica curada, controlada. Tem que controlar (F3).

O sentido dado pelos familiares aos resultados do trabalho da equipe é caracterizado pela estabilização dos sintomas psíquicos do seu familiar-usuário, mesmo quando se referem a esta estabilização com os termos *curada* e *controlada*.

Esses termos, apesar de referirem à estabilização do sofrimento psíquico dos usuários, quando utilizados pelos familiares no contexto do CAPS, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, refletem uma concepção ainda predominante, tão presente, das promessas da psiquiatria tradicional em eliminar a loucura da vida das pessoas. Isto mostra o quanto essas promessas são sedutoras e ainda estão presentes no imaginário das pessoas quando se fala em atenção psiquiátrica e em saúde mental.

Vale ressaltar que esse imaginário, controle e cura, pode ainda fazer parte da concepção dos profissionais que atuam nesse tipo de serviço, levando-os a adotar uma lógica de atuação incoerente com o preconizado pelo modo psicossocial. Assim, diferentemente do controle e da cura, busca-se a promoção da saúde e da qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, o exercício de sua cidadania, a sua reinserção social e reabilitação psicossocial.

De acordo com o referencial da sociologia fenomenológica, a compreensão das ações humanas pode ser possível por meio da interpretação indireta das motivações dos atores de uma determinada ação, em sua dimensão subjetiva – *motivos para*⁽¹²⁾. Desta maneira, os familiares, ao lançarem mão desta possibilidade de compreensão, consideram que os *motivos para*, ou seja, àqueles que impulsionaram a ação dos profissionais do CAPS em seu cotidiano, estavam fundamentalmente dirigidos para a estabilização do quadro clínico do usuário do serviço.

Assim, o dimensionamento dos objetivos do trabalho da equipe é visto pelos familiares ainda restrita à perspectiva biológica, centrada na supressão de um quadro sintomatológico relativo a um problema mental, a uma *doença*.

Embora a equipe venha estabilizando o quadro psíquico dos usuários, um familiar alerta que em seu familiar-usuário ocorre recaída (crises), contudo reconhece que estas recaídas são menos freqüentes se comparadas com outros momentos da vida do familiar, atribuindo isso ao tratamento oferecido no serviço. Por outro lado, outro familiar afirma que o tratamento oferecido pela equipe do CAPS poderia ter prevenido várias internações psiquiátricas, às quais seu familiar-usuário fora submetido, se, em ocasiões anteriores, ele tivesse sido acompanhado pela equipe, como ocorre atualmente.

[...] acredito que aqui ela melhorou. Quero dizer, melhorar não, mas estabilizar. Claro que de vez em quando tem uma recaída, mas é muito pouco as recaídas (F12).

Ao longo dos anos, se minha mãe tivesse feito um acompanhamento aqui, com certeza ela não tivesse passado por várias internações, como ela já passou (F7).

Muitos profissionais de saúde mental ainda estão preocupados exclusivamente com o atendimento do usuário em sofrimento psíquico, e esquecem a freqüente insegurança apresentada por seus familiares no enfrentamento das situações de crise⁽⁸⁾.

As situações de crise em sujeitos com sofrimento psíquico, principalmente naqueles com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes, são esperadas no percurso do tratamento. Os familiares têm reconhecido a relevância do tratamento oferecido pela equipe do CAPS enquanto um dispositivo de atenção em saúde mental, na medida em que atende as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico refletidas na diminuição do número de crises e reinternações psiquiátricas.

No entanto, torna-se essencial ao trabalho da equipe reconhecer que esses usuários não estão isolados e isentos de relações sociais, ou que elas estejam restritas ao espaço do CAPS, mas ao contrário, deve-se reconhecer que esses sujeitos participam de um grupo familiar e comunitário, e que frequentemente são impelidos a interagir com àqueles que os cercam.

Desta maneira, reconhecer esta dimensão social do sujeito em sofrimento psíquico, da qual a família faz parte, e participar desta dimensão efetivamente no território é de fundamental importância para que a equipe do CAPS construa junto a essas famílias estratégias de enfrentamento do sofrimento dos familiares dos usuários no convívio com a loucura.

Frente às constatações dos resultados concretos do trabalho da equipe, configurados em atos tais como a estabilização do quadro clínico psiquiátrico e a diminuição do número de

novas internações psiquiátricas, os familiares dão credibilidade a esse trabalho. Esta credibilidade está também ilustrada nos depoimentos a seguir, no qual os familiares se mostram satisfeitos e gratos com o trabalho da equipe.

Eu acho ótimo. Sensacional. Eu gosto muito. A gente acha que está bem atendido em tudo no que a gente precisou e no que está precisando (F3).

Eu gosto do atendimento deles, tanto para mim, no caso como familiar, como pra minha mãe que é paciente (F12).

Os sentimentos de satisfação e gratidão dos familiares se devem aos resultados alcançados pela equipe junto aos seus familiares em sofrimento psíquico, no entanto, alguns deles complementam tais afirmações ao relatarem que também se sentem assistidos pela equipe.

Pensamos que, de acordo com esses familiares, determinadas necessidades e expectativas frente ao tratamento do seu familiar estão sendo atendidas pela equipe, porém, as afirmações descritas aqui não nos permitem dimensionar até que ponto tais necessidades vêm sendo atendidas. No entanto, observamos que as ações da equipe, descritas anteriormente pelos familiares, estão focadas no atendimento das necessidades dos usuários, ficando a família à margem dessas ações.

Assim, foi possível ainda observar que nem todos os atos da equipe do CAPS foram satisfatórios para os familiares, pois os resultados esperados, em algumas situações, foram diferentes dos alcançados, como ilustrado nos depoimentos seguintes.

[...] eu me decepcionei tanto, que eu queria sair a todo custo daqui, porque o meu filho começou a ficar ruim [...] eles lutavam, mas mesmo assim [...] (F5).

[...] mandaram para cá. Com muito, muito sacrifício, aquela coisa, eles aceitaram ele aqui, mas fracassaram (F11).

Embora nem todas as expectativas da família frente ao tratamento fossem atendidas, os depoimentos apontam para a necessidade de um maior envolvimento da equipe do CAPS junto às famílias dos usuários. Estabelecer uma relação de maior intimidade entre a equipe e os familiares poderá emergir deste encontro uma maior possibilidade de reconhecimento das necessidades desses familiares, pois, frequentemente tais necessidades se apresentam de maneira distinta daquelas pensadas pela equipe de saúde mental.

Construir espaços de troca e de contratos torna mais rico o campo de possibilidades em que afloram interesses individuais e coletivos, possibilitando a construção de uma relação verdadeiramente terapêutica⁽¹⁸⁾. Nesses encontros – intensos, contínuos, ou mesmo recorrentes – entre a equipe do CAPS e família, será possível refletir, delimitar, reconhecer e (re)construir continuamente as necessidades dos familiares a serem trabalhadas pela equipe. Entendemos que é na perspectiva dialógica, dos encontros, que se ampliará a possibilidade de uma efetiva atuação da equipe de saúde mental junto à família.

Apesar das insatisfações mencionadas anteriormente, a credibilidade do trabalho da equipe, juntamente com os sentimentos de satisfação e gratidão expressos pelos familiares, permitiram aos mesmos destacarem que o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS é melhor que o de outros serviços de saúde mental o qual eles tenham vivenciado anteriormente.

[...] achei que foi bem melhor do que todos os outros lugares que ela já esteve (F3).

O tratamento daqui é bem melhor do que ela estava tendo lá no Hospital (F12).

Esses depoimentos marcam a relevância social atribuída ao CAPS e ao trabalho da equipe de saúde mental pelos familiares no reconhecimento da forma distinta dessa equipe em lidar com o sofrimento psíquico. No contexto pesquisado, o CAPS tem se mostrado como importante dispositivo de atenção em saúde mental, o qual vem contribuindo paulatinamente para a transformação do modelo assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do referencial da sociologia fenomenológica de Alfred Schutz mostrou-se relevante para a condução de estudos no campo da saúde mental, pois permitiu-nos uma maior compreensão do mundo social dos familiares de usuários de um CAPS, especialmente no que tange ao trabalho da equipe deste serviço.

O trabalho da equipe do CAPS caracterizado enquanto projeto, ação e ato, considera as dimensões de tempo passado, presente e futuro no balizamento das condutas dos atores sociais. Desta maneira, encontramos-nos em um processo de reformulação de saberes, de invenção de novas práticas e de novos dispositivos na atenção em saúde mental, frente a um passado marcado por uma atenção centrada na psiquiatria, e de um futuro com horizontes abertos às transformações e reinvenções constantes.

O desafio que se mostra neste estudo é permitir às famílias a ocupação do seu papel de protagonista, junto aos sujeitos em sofrimento psíquico e aos profissionais de saúde mental, na consolidação de um novo modo de cuidar em saúde mental – o modo psicossocial.

Por possuir uma proposta terapêutica alicerçada no modo de atenção psicossocial, o trabalho da equipe do CAPS tem alcançado resultados concretos, diminuindo as crises dos sujeitos e as internações psiquiátricas. No entanto, as ações da equipe têm-se voltado eminentemente para o usuário, ficando a família à margem desta atenção.

A equipe do CAPS reconhece que o objeto de seu trabalho é a subjetividade humana situada e que, para lidar com esta subjetividade é preciso instituir uma relação social mais intensa e lançar mão de diferentes dispositivos terapêuticos em seu cotidiano. Contudo, pensar a desinsti-

tucionalização envolve considerar todos os recursos disponíveis de uma comunidade para a sua efetivação.

A utilização dos espaços sociais da comunidade pode facilitar a inserção efetiva da família no CAPS, promovendo uma maior co-responsabilização, da equipe e da família, para a desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico. Por outro lado, apesar da família ser assistida em alguma dimensão pela a equipe, o trabalho com os familiares implica um maior empenho da equipe quanto à história de vida desse grupo em particular, sobretudo em relação ao reconhecimento das suas necessidades e demandas advindas do seu convívio com os respectivos familiares-usuários e do reconhecimento dos valores, crenças e cultura dos mesmos.

A implicação da família no trabalho da equipe pode potencializar os seus resultados, somando esforços na busca da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
2. Moreno V, Alencastre MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(2):43-50.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 2001.
4. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, editor. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 141-68.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília; 2004.
6. Oliveira MMB, Jorge MSB. Doente mental e sua relação com a família. In: Labate RC, editor. *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 379-88.
7. Randemark NFR, Jorge MSB, Queiroz MVO. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(4):543-50.
8. Waidman MAP, Gusmão R. Família e cronicidade da doença mental: dúvidas, curiosidade e relacionamento familiar. *Fam Saúde Desenvolv*. 2001;3(2):154-62.
9. Melman J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e família*. São Paulo: Escrituras; 2001.
10. Reinaldo AMS, Saeki T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(4):396-405.
11. Wetzel C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
12. Schutz A. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schütz*. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
13. Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
14. Schneider JF. O método fenomenológico na pesquisa em enfermagem psiquiátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 1996;17(2):100-8.
15. Schneider JF. *Ser-família de esquizofrênico: o que é isto? Cas-cavel*: Ed.Unioeste; 2001.
16. Schneider JF, Camatta MW, Nasi C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise em Alfred Schütz. *Rev Gaúcha Enferm*. 2007;28(4):520-6.
17. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):127-34.
18. Kantorski LF, Wetzel C, Reinaldo A. A inserção da família na assistência em saúde mental. *Saúde Debate*. 2005;29(69):5-16.