

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

GUISELA SCHRANK

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA**

Porto Alegre

2006

GUISELA SCHRANK

**O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA**

**Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem, pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2006

S377c Schrank, Guisela

O centro de atenção psicossocial e a inserção da família / Guisela Schrank; orient. Agnes Olschowsky. – Porto Alegre, 2006.
113 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde mental. 2. Serviços de saúde mental. 3. Família. 4. Relações familiares. 5. Enfermagem psiquiátrica: tendências. 6. Enfermagem. I. Olschowsky, Agnes. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. Título: El centro de atención psicossocial y la inserción de la familia. [resumen]. V. Título: The center of psychosocial attention and the family insertion. [abstract].

Limites: Humano.

LHSN – 763

NLM – WA 305

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).



ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

A Banca Examinadora atribuiu o Conceito Final: A

Nome e Assinatura da Banca Examinadora:

 Agnieszka Olschowsky
Profa. Dra. Agnes Olschowsky
CPF nº 292.288.400-72

Presidente

 Luciane Prado Kantorski
Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski
CPF nº 547.460.70-15

Membro
UFPEL

 Jacó Fernando Schneider
Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider
CPF nº 332.582.520-68

Membro
UFRGS

 Christine Wetzel
Profa. Dra. Christine Wetzel
CPF nº 443.642.450-20

Membro
UFRGS

Porto Alegre, 28 de agosto de 2006.

De acordo da Mestranda: Guilherme Schnorck

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela força e saúde, e por iluminar e proteger meus caminhos.

À minha orientadora Agnes Olschowsky, pela compreensão e paciência ao esperar e respeitar meu tempo de amadurecimento e minhas limitações frente ao trabalho de pesquisa, fazendo com que responsabilidade e dedicação fossem palavras de ordem nessa caminhada.

À minha querida mãe Sueli, por ter me apoiado em todos os momentos da vida, compartilhando alegrias e tristezas.

Ao meu noivo Ruggiero, pela força e incentivo durante todo o curso, e por ter me cuidado com amor e carinho.

A equipe profissional do CAPS II Fragata por ter permitido a realização dessa pesquisa e por terem me acolhido no seu ambiente de trabalho.

Aos usuários e familiares do CAPS II Fragata, pela compreensão e por terem participado do estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, prestigiosa instituição que me deu a honra de ampliar os conhecimentos.

À CAPES, pelo incentivo e apoio financeiro que viabilizou a realização desta pesquisa.

À todas aquelas pessoas que foram importantes e essenciais na concretização dessa caminhada: Adair, Bianca Barbieri, Dindo Zeca, Carla, Wilson, Joarez, Alexandre, Reinaldo e Nilse Toebke.

RESUMO

Por muitos anos a assistência em saúde mental foi orientada pelo princípio terapêutico do isolamento do meio familiar e social, fato que levou a movimentos de crítica às instituições psiquiátricas com o objetivo de buscar alternativas para promover uma assistência que possibilitasse a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Nesse contexto, a família tornou-se o principal elo de ligação entre o serviço e a sociedade, assumindo o papel de protagonista no cuidado em saúde mental. Esta pesquisa tem o objetivo de identificar as ações de saúde mental desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltadas para a família no cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico. Trata-se de um estudo descritivo, analítico e do tipo 'estudo de caso' com abordagem qualitativa. Para a coleta dos dados, foram realizadas a observação e a entrevista semi-estruturada com profissionais, familiares e usuários de um CAPS. Os resultados mostraram que o trabalho no CAPS só se concretiza através da parceria e da participação familiar. A inserção da família é condição *sine qua non* para o enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida. O atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar e as oficinas, são estratégias realizadas no CAPS na efetivação da inserção da família. Nessa parceria, o vínculo aparece como fundamental na construção de caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico.

Descritores: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Família. Relações familiares.

Enfermagem psiquiátrica: tendências. Enfermagem.

Limites: Humano.

RESUMEN

Por muchos años, la asistencia en salud mental fue orientada por el principio terapéutico del aislamiento del medio familiar y social, hecho que llevó a movimientos de críticas a las instituciones psiquiátricas con el objetivo de buscar alternativas psiquiátricas para promocionar una asistencia que posibilitara la reinserción social y el rescate de la ciudadanía de la persona con sufrimiento psíquico. En ese contexto, la familia se ha vuelto el principal elo de ligación entre el servicio y la sociedad, asumiendo el papel de protagonista en el cuidado en salud mental. Esta investigación tiene el objetivo de identificar las acciones de salud mental desarrolladas en el Centro de Atención Psicosocial (CAPS) volcadas para la familia en el cuidado del individuo con sufrimiento psíquico. Se trata de un estudio descriptivo, analítico y del tipo 'estudio de caso' con abordaje cualitativo. Para la colecta de datos, fueron realizadas la observación y la entrevista semiestructurada con profesionales, familiares y usuarios de un CAPS. Los resultados mostraran que el trabajo en el CAPS sólo se concretiza a través de parcería de la familia es condición sine qua non para el enfrentamiento del sufrimiento psíquico, integrando, acogiendo, cuidando e incluyendo los actores de esa relación en los espacios cotidianos de la vida. El atendimento individual, el grupo de familia, la busca activa, la visita domiciliar y los talleres son estrategias realizadas en el CAPS en la efectivación de la inserción de la familia. En esa parcería, el vínculo aparece como fundamental en la construcción de caminos menos sufridos y menos estigmatizados del convivio del sufrimiento psíquico.

Descriptor: *Salud mental. Servicios de salud mental. Familia. Relaciones familiares.*

Enfermería psiquiátrica: tendencias. Enfermería.

Límites: *Humano.*

Título: *El centro de atención psicosocial y la inserción de la familia.*

ABSTRACT

For many years, the assistance in mental health was guided by the therapeutic principle of family and social isolation, this fact has taken to manifestations of critic to the psychiatric institutions, with the purpose of searching alternatives to promote an assistance which would make the social reintegration and citizenship rescue of the person in psychological suffering possible. In this context the family has become the main link between the service and the society, taking the role of the protagonist in mental health care. This research has the objective of identifying the mental health activities developed at Psychosocial Center of Attention (CAPS), which are turned to the family in the care of the individual in psychological suffering. It is a descriptive, analytic study; the kind “study of case” with qualitative approach. For the data collect, the observation and the semi-structured interview with professionals, family members, and users of a CAPS took place. The results showed that the work at CAPS only becomes real through the partnership and family participation. The insertion of the family is a sine qua non condition to the confronting of the psychical suffering; integrating, cherishing, caring and including the actors of this relation in the everyday position. The individual consultation, the family group, the active search, the home visit, the workshops are strategies used at CAPS in the effective insertion of the family. In this partnership, the bonding appears as basis in the construction of less suffering and less stigmatized ways of psychical suffering.

Descriptors: *Mental health. Mental health services. Family. Family relations. Psychiatric nursing: trends. Nursing.*

Limits: *Human.*

Title: *The center of psychosocial attention and the family insertion.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	18
3 O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	19
3.1 Modelos Assistenciais em Saúde Mental	19
3.2 Família e Saúde Mental	36
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	47
4.1 Tipo de Estudo	47
4.2 Campo de Estudo	48
4.3 Sujeitos do Estudo	49
4.4 Coleta de Dados	50
4.5 Análise dos Dados	52
4.6 Considerações Éticas	52
5 O CAPS FRAGATA.....	54
6 FAMÍLIA, PARCEIRA NO TRABALHO DO CAPS.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	101
APÊNDICE B - Formulário para o Registro das Observações	102
APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa para o Profissional	103
APÊNDICE D - Instrumento de Pesquisa para o Familiar	104
APÊNDICE E - Instrumento de Pesquisa para o Usuário	105
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Informado	106
APÊNDICE G - Pedido de Autorização ao Coordenador Municipal de Saúde Mental	107

APÊNDICE H - Pedido de Autorização ao Coordenador do CAPS	108
ANEXO A - Movimento “Por uma Europa sem manicômios”	109
ANEXO B - Descrição das atividades do CAPS II Fragata	110

1 INTRODUÇÃO

O primeiro contato que temos com o mundo é através dos nossos pais, pois é na família onde recebemos os primeiros valores, estabelecemos as primeiras relações afetivas, encontramos as respostas para as questões do dia-a-dia e compartilhamos nossas dúvidas, angústias e temores. A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo, porque constitui a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano. Embora essa seja quase sempre representada por um conjunto de pessoas, ela também se constitui de relações afetivas estabelecidas entre os membros sanguíneos ou não.

Minha experiência como bolsista de Iniciação Científica e monitora de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, durante o curso de Enfermagem e Obstetrícia realizado na Universidade Federal de Pelotas, despertou meu interesse em pesquisar a temática da pessoa com sofrimento psíquico e de sua família. Tanto na monitoria quanto no estágio curricular, tive minha atenção voltada aos depoimentos dos pacientes, quando observei que a maioria queixava-se do abandono dos familiares, relatando problemas referentes ao preconceito da sociedade com quem possui diagnóstico de doença mental e com dificuldade de inserção na família, na comunidade e no trabalho.

Refletindo sobre minha vivência nesse curso, percebemos que quando um familiar adoece, ocorre uma mudança na convivência diária da família, causando ansiedade e preocupação, pois, na maioria das vezes, acreditamos que estamos imunes à doença. O adoecimento é um evento imprevisto que desorganiza o modo de funcionamento de uma família e, conseqüentemente, no trabalho, no estudo. Essas relações têm de se ajustar ao novo, à doença e ao seu enfrentamento.

A situação amplia-se na vivência da doença mental, pois junto com a patologia psiquiátrica vem associados o estigma, o preconceito e a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico. Sentimentos como revolta, medo, vergonha, entre outros, fazem a complexidade desse fenômeno, pois o doente e a família, além do tratamento, devem aprender a lidar com o imaginário da incapacidade e periculosidade do louco, evitando os próprios preconceitos e os da sociedade.

¹Os CAPS são definidos como “instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (BRASIL, 2004b, p. 9).

Assim, consideramos um desafio para os familiares cuidarem uma pessoa com doença mental, o que em parte justifica este estudo, pois requer enfrentamento de valores e sentimentos estigmatizados dos indivíduos e da sociedade os quais exigem, para este processo, uma mudança no olhar essa pessoa, passando a enxergá-la com capacidades e potencialidades, possibilitando a convivência com a diversidade.

Por muitos anos, a pessoa com diagnóstico de doença mental foi tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento. A rigidez das regras e as excessivas medidas de segurança dessas instituições totais² pareciam justificar a pretensa periculosidade dos doentes mentais, a necessidade de exclusão dos mesmos e, conseqüente, afastamento do seu meio familiar, da sua comunidade e da sua vida, o que acirrou e confirmou a alienação.

De acordo com Melman (2001), após a II Guerra Mundial, os hospitais psiquiátricos foram, por diversas vezes, comparados com os campos de concentração. A sociedade da época se mobilizou e, em diversos países, iniciaram-se movimentos de crítica à instituição psiquiátrica com o intuito de buscarem alternativas para uma assistência de qualidade a qual possibilitasse a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania.

Esses movimentos de crítica à instituição psiquiátrica foram: a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional, a psiquiatria preventiva ou comunitária e a psiquiatria de setor (DESVIAT, 1999). Importante salientar que estes movimentos buscavam resgatar a função terapêutica do hospital psiquiátrico, mantendo-o como local de tratamento centrado na cura da doença. A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana também foram movimentos de crítica à instituição psiquiátrica, porém estes buscavam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes, conceitos aprisionadores e redutores da doença mental (BIRMAN; COSTA, 1994).

No Brasil, o movimento de crítica à instituição psiquiátrica se consolidou após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, quando se estabeleceu a necessidade de um

²Instituição total é definida por Goffman (1990) como um local de residência onde um grande número de pessoas com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrativa.

redimensionamento da assistência psiquiátrica, visando a desinstitucionalização³ e o resgate da cidadania do indivíduo com diagnóstico de doença mental.

Esse redimensionamento da assistência psiquiátrica não busca a suspensão dos cuidados, e sim uma nova forma de entender, tratar e lidar com a loucura. Também não propunha o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas na medida em que esses forem desativados, serão substituídos por serviços de caráter extra-hospitalar como o CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Pensão Protegida, Lares Abrigados entre outros.

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico.

A minha experiência no CAPS me motivou a estudar a família e seu doente, pois suas relações apontavam para o preconceito e desconhecimento dos familiares em relação à doença mental, fazendo-me pensar: Será que a família dispõe de um preparo emocional e assistencial para acolher e cuidar de seu familiar adoecido? Como a família tem participado no resgate da cidadania do doente mental? A família tem recebido orientações suficientes para colaborar no cuidado de seu familiar?

Ao refletir sobre estas dúvidas, decidi realizar como trabalho de conclusão de curso um estudo investigando quais eram as estratégias adotadas pelos coordenadores dos CAPS II, da cidade de Pelotas-RS, para inserir a família no cuidado do indivíduo com sofrimento mental. Como resultado da pesquisa, verifiquei que os mesmos têm o conhecimento da necessidade e importância da inserção da família no cuidado (SCHRANK; KANTORSKI, 2004).

Porém, essa proposta de inserção da família também é responsabilidade da equipe multiprofissional, uma vez que na atualidade as diretrizes assistenciais da saúde mental trazem a importância da interdisciplinaridade, na qual a equipe deve estar capacitada para

³“Desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não se ‘cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado ‘a solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 33).

ações integrais de saúde, individuais e coletivas, articulando o doente, a família e a sociedade na realização do cuidado, não se limitando ao campo biológico e do trabalho. Por esse cuidado ser singular e permeado de relações sociais, culturais, políticas e econômicas, propomos a seguinte questão de pesquisa: Quais as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para inserir a família no cuidado do doente mental?

Essa indagação reporta-me às reflexões sobre a minha experiência e vivência no CAPS. Pensando sobre essa realidade, identificamos que o trabalho em saúde é uma ação coletiva permeado de subjetividade dos diferentes atores. Requer, dos profissionais, o conhecimento técnico-científico associado a capacidade de comunicação e escuta, buscando um modo que aproxime e possibilite um cuidado singular e particular aos usuários dos serviços de saúde.

Na saúde mental, essa característica é tomada por uma amplitude diferenciada, considerando a complexidade do fenômeno do sofrimento psíquico, ou seja, entender que a loucura não é um fenômeno individual e isolado, mas que é permeada por fatores políticos e biopsicosocioculturais, no qual a família e a sua rede de relações devem ser consideradas condicionantes e condicionadas por este sofrimento. Assim, espera-se, na atualidade, que o usuário dos serviços de saúde mental conviva na sociedade, que tenha moradia, trabalho, lazer, independente de sua patologia psiquiátrica.

Porém, nesse processo de reintegração social, encontramos dificuldades devido ao estigma da doença mental, pois as concepções de periculosidade e incapacidade têm produzido no imaginário da população preconceitos que afastam e isolam os usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares. Os sintomas da patologia psiquiátrica como delírios, alucinações, comportamentos bizarros (gritar, gesticular, falar consigo, entre outros), têm contribuído com a mitificação da loucura, excluindo o indivíduo do convívio social e, sendo muitas vezes, ridicularizado como ‘o bobo’, ‘o louco da rua’ que assusta e causa medo na vizinhança.

Esse preconceito é reforçado também pelos sintomas negativos da doença mental: inversão do ciclo de sono, isolamento, perda de interesse por atividades que realizava anteriormente, apatia, descuido com a higiene pessoal, dificuldades profissionais e escolares entre outros, podendo aparecer e desaparecer em ciclos de recidivas nos indivíduos com sofrimento mental. Desse modo, as intervenções em saúde mental, na atualidade, são orientadas por ações de inclusão social, nas quais a complexidade do fenômeno psíquico requer a parceria do usuário, família e equipe, pois o estigma associado ao mito do incapaz,

do perigoso, necessita de trabalho constante, diário, tolerante, repetitivo, o qual busca romper com a idéia de que “não vale a pena”, “não adianta fazer algo”, pois não há melhora.

Para tal, a assistência em saúde mental orienta-se pela mudança do paradigma asilar para o modo psicossocial, no qual a concepção do trabalho na área requer acolhimento, escuta terapêutica, projetos terapêuticos individualizados, reabilitação psicossocial e interdisciplinaridade nos serviços substitutivos que têm, entre suas metas, a desospitalização, a desmedicalização e a implicação subjetiva e sociocultural do indivíduo, que é entendido no seu grupo familiar e em seu território (COSTA-ROSA, 2000).

Entendemos, assim, a parceria com a família como uma das estratégias que vão facilitar o avanço no processo de construção de ações psicossociais que buscam a inclusão e a desmitificação da loucura.

Outra questão sobre o qual também temos refletido, refere-se a formação dos profissionais que estão trabalhando nos CAPS. Em sua maioria, são trabalhadores, os quais tiveram sua formação orientada pelo modelo médico-clínico, por isso, suas ações buscam a recuperação do corpo doente. Assim, temos observado nos CAPS, que a organização da assistência, em sua maioria, inclina-se para ações tecnicistas, biológicas, disciplinadoras e curativas.

Exemplo esse observado em algumas visitas domiciliares, quando nossa abordagem direcionava-se para o controle da medicação, questionando e procurando verificar onde estava e como era administrado o fármaco. Essa intervenção é pertinente e necessária para o cuidado, porém, constatamos que nossa busca centrava-se no aspecto clínico e na prescrição da terapêutica durante a visita domiciliar, com um espaço pequeno para a interlocução de outras questões do usuário e da família. Essa atitude profissional de vigilância e controle, em muitas situações, tem dificultado a integração entre usuário, família e equipe.

Outra questão que interfere no trabalho em saúde mental, refere-se a atividade dos profissionais, pois, muitas vezes, acontece de ser a única ou a primeira oportunidade de emprego que encontraram (FRAGA, 1993). Com frequência, temos ouvido relatos de diferentes servidores da saúde mental que aceitaram esse emprego, porque não podiam, naquele momento, dispensar a vaga do concurso público o qual haviam sido aprovados. Assim, estes profissionais estão trabalhando sem sentir prazer pelo que fazem e, também, sem conhecimento sobre os propósitos da assistência em saúde mental. Por conseqüência, a assistência que realizam tende a ser mecanizada e acomodada, sem o comprometimento necessário para uma prática mais criativa, a qual envolva comunicação e participação de todos nesse processo de atenção integral à saúde.

Ainda considerando a questão da inserção da família, ouvimos, com frequência, os seguintes relatos: “os familiares vêm ao serviço apenas para alimentar-se; a família é que deixa o usuário doente e, eles é que deveriam estar se tratando; esses familiares aqui só atrapalham o andamento do serviço, atrasam as nossas atividades com suas solicitações e reclamações”. Essas afirmações afastam e dificultam as relações entre usuário, família e equipe, sendo opostas ao que está preconizado na assistência em saúde mental, na qual a inclusão da família é uma estratégia fundamental na reabilitação do usuário e na transformação de um conceito mais positivo da loucura.

Frente essa temática, pensamos ser necessário conhecer práticas assistenciais que envolvam tanto os usuários quanto os familiares para, desse modo, buscar a participação de ambos nas atividades do serviço desempenhadas por uma equipe multiprofissional comprometida em ajudar, dividindo com as famílias o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção, quando solicitada.

Uma das mudanças proporcionadas com a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de possibilitar que o doente mental permaneça com sua família, mas para que este convívio seja saudável e positivo, é preciso que o serviço esteja inserido numa rede articulada de apoio e de organizações que se proponham a oferecer um *continuum* de cuidados.

Neste percurso transitório para uma nova organização assistencial, ocorreram alguns problemas na prática em saúde mental, ou seja, as primeiras ações concretas se deram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela implementação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar. Conseqüentemente, houve uma intensificação das exigências de comprometimento da família no cuidado do seu familiar adoecido, modificando, significativamente, sua trajetória de participação neste processo assistencial (CAVALHERI, 2002).

Souza, Pereira e Scatena (2002), também trazem o aumento do comprometimento familiar causado pelas mudanças na assistência psiquiátrica. Os serviços de saúde mental têm estimulado a permanência do usuário junto à família, mas, antes, deve-se ter conhecimento do sistema familiar e do seu viver cotidiano, o quê, quando não acontece, tem ocasionado dificuldades nas intervenções e na relação da equipe e família.

Deste modo, “preocupados em evitar a internação e promover o tratamento na comunidade, deixamos de perguntar quais as necessidades dos doentes e de suas famílias para conviverem no mesmo ambiente” (CATENA; GALERA, 2002, p. 54).

O comprometimento da família no cuidado do doente exige uma nova organização familiar e aquisição de habilidades que podem, num primeiro momento, desestruturar as atividades diárias dos familiares. Porém, essa responsabilidade do familiar com seu adoecido também é positiva, pois além de intensificar suas relações, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário, sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio.

Muitas vezes, o familiar responsável concentra sua dedicação e seu tempo no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o que pode levar a transformações na sua vida, como dificuldades no trabalho e diminuição do lazer. Pensamos que a equipe de saúde mental deve estar atenta e comprometida com essa problemática: a dificuldade/complexidade do cuidado da família e do usuário, buscando construir dispositivos de apoio e mecanismos que facilitem a participação e a integração da família. Incentivar a criação de uma associação de familiares aparece como um dos recursos, pois serão pares que vivenciam a mesma situação com suas especificidades, buscando a promoção e a inclusão do seu familiar doente. As atividades de grupo, festas, visitas domiciliares entre outras, também são intervenções que trazem a parceria necessária para um trabalho conjunto.

As atividades de inclusão da família na assistência ao doente mental são exercidas tanto em grupo quanto em atendimento individualizado e têm como objetivos, de um modo em geral, oferecer apoio emocional, ajudar a enfrentar as dificuldades no cuidado, amenizar a ansiedade, discutir intervenções no tratamento e estabelecer laços afetivos. A construção e concretização destes laços entre profissionais de saúde, usuários, familiares e sociedade fortalecem a busca das capacidades e potencialidades de cada ator nesse cenário, contribuindo para que exclusão, abandono e solidão sejam apenas características do passado na assistência psiquiátrica.

Nesta multiplicidade de sujeitos envolvidos, a família se destaca pelo seu papel de cuidadora e por ser, muitas vezes, “o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo” (BRASIL, 2004b, p. 29).

Entendendo a família como uma unidade de cuidado, ou seja, cuidadora nas situações de saúde e doença dos seus membros, compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada (ELSEN, 2004). Assim, o tratamento não se restringe apenas a medicamentos e eventuais internações, mas, também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar.

Para a implementação de ações de inserção da família no cuidado, é preciso considerar a diversidade da organização familiar, com seu modo peculiar de conviver com a doença mental, constituindo-se numa unidade dinâmica, singular e com diferentes modos de cuidar. É importante pensarmos a “co-participação da família não a partir de conceitos pré-concebidos, mas do conhecimento da realidade, que pode ser construído na própria participação de situações entre serviços de saúde, familiares e comunidade” (SOUZA; PEREIRA; SCATENA, 2002, p. 77).

Não se pode fazer um raciocínio único e global sobre família, porque estaríamos estabelecendo uma relação de imposição sobre ela. Deste modo,

a família já não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde; ao se reconhecer que ela assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser levada em conta, e, mais que tudo, sua participação deve ser incentivada em todo o processo profissional de cuidar/curar (ELSEN, 1994, p. 72).

Frente a problemática em relação aos familiares e a pessoa com sofrimento psíquico, apresenta-se a necessidade de repensar o cuidado numa perspectiva assistencial que foge do modelo tradicional centrado na cura da doença. Acreditamos que este estudo irá contribuir com o conhecimento das estratégias adotadas para inserção da família, buscando implementar a reflexão sobre as ações de saúde mental voltadas para sua inclusão como parceira na construção de uma assistência psiquiátrica, a qual considera a pessoa singular e que tem a contribuir. Não se pretende, com isso, oferecer respostas definitivas, prontas e acabadas, mas sim, levantar questionamentos, dúvidas e reflexões entre todos os envolvidos com o processo da assistência em saúde mental.

2 OBJETIVO

Identificar as ações de saúde mental desenvolvidas no CAPS voltadas para a família no cuidado do indivíduo com sofrimento psíquico.

3 O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil e no mundo, as propostas de reformulação da assistência psiquiátrica e da cultura manicomial das instituições vêm deixando uma posição considerada marginalizada para ocupar um lugar relevante no quadro das políticas de saúde.

Considerando o objetivo desta pesquisa, esta investigação tem como objeto de estudo a identificação das ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Atenção Psicossocial, voltadas para a família no cuidado ao indivíduo em sofrimento mental. Para tanto, procuramos entender e refletir a reformulação da assistência psiquiátrica e a inserção da família do doente mental neste contexto. Primeiramente, apresentamos um referencial teórico sobre as transformações da assistência psiquiátrica e de saúde mental, bem como sua estruturação no contexto brasileiro. Já num segundo momento, procuramos especificar a relação da família com a pessoa em sofrimento psíquico, refletindo-a no processo da assistência em saúde mental.

3.1 Modelos Assistenciais em Saúde Mental

Ciente da significativa importância e da necessidade de refletirmos sobre a assistência em saúde mental e suas transformações, procuramos apresentar os marcos fundamentais do modelo psiquiátrico e as principais reformas psiquiátricas.

No Império Romano, pregava-se a caridade como uma das maiores virtudes da cristandade. A partir de então, a Igreja Católica começou a construir hospitais com o objetivo de praticar a caridade cristã. Nesta época, o hospital representava um lugar de hospedaria para todas as pessoas desamparadas e pobres, que não tinham recursos para a subsistência, como prostitutas, doentes, loucos entre outros. Esses hospitais não tinham o objetivo de curar, mas sim, o de proporcionar um lugar onde as pessoas pudessem esperar a morte recebendo um cuidado cristão (AMARANTE, 2003).

O marco histórico que caracterizou a transformação do hospital de caráter religioso e filantrópico para uma instituição médica foi a criação do Hospital Geral de Paris, em 1656.

No entanto, essa transformação também aconteceu com o objetivo do hospital de internar, mesmo que involuntariamente, pessoas consideradas ameaçadoras à ordem pública e ao bem estar das classes dominantes (AMARANTE, 2003).

Desse modo, para o autor citado, a instituição passou a ser caracterizada como um lugar insalubre e de desordem, por concentrar todos os tipos de doenças e de pessoas consideradas excluídas da sociedade, propiciando a intervenção da medicina sobre as doenças e, conseqüentemente, sobre as pessoas, através do método das ciências naturais, primeira área do conhecimento que adquiriu o estatuto de ciência a qual sistematizou um modelo de conhecimento baseado na experimentação e na busca de leis da causalidade.

Para tanto, a medicina utilizou as características das ciências naturais, que são os princípios do isolamento e do afastamento, com o objetivo de conhecer e classificar as doenças. Na psiquiatria, um dos primeiros critérios utilizados nessa classificação foi a desrazão, ou seja, as pessoas que tinham ausência de razão (AMARANTE, 1995).

Na segunda metade do século XVIII, a desrazão vai gradativamente perdendo espaço e a alienação passa a ser um critério de distinção do louco na sociedade, sendo considerado alienado a pessoa “que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo”. Desse modo, “se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais” (TORRE; AMARANTE, 2001, p. 74).

Esse entendimento de alienação justificou a produção de um lugar específico excluído da sociedade, para a pessoa com sofrimento psíquico, o qual o indivíduo deixou de ser ator social para tornar-se um objeto do alienismo. Assim, a pessoa considerada alienada foi institucionalizada, pois através do isolamento considerado terapêutico, havia a possibilidade de cura e o conhecimento da loucura ao mesmo tempo.

Para Phillippe Pinel, o isolamento foi a maneira adequada de separar e ordenar as diversas manifestações de sintomas que se misturavam no hospital, possibilitando a elaboração do conceito de alienação mental, no qual a pessoa se deixa dominar por paixões artificiais (debilitantes ou alegres) que se distanciam da realidade objetiva, ou seja, as ações do indivíduo eram determinadas por seus impulsos subjetivos, podendo apresentar-se de modo agressivo, com idéias distorcidas, ilusões entre outros. As paixões debilitantes eram caracterizadas, por exemplo, pelo desgosto, pelo ódio, pelo ciúme, e as paixões alegres pelo orgulho, pelo amor, pela admiração, sendo que todas as maneiras eram demonstradas em proporções excessivas e exageradas (AMARANTE, 2003).

Neste contexto, a loucura passou a ser objeto da assistência e da ciência médica inaugurando o saber e a prática psiquiátrica, propiciando para que o hospital se tornasse uma instituição de enclausuramento e internação (AMARANTE, 1995).

O autor citado refere que, em 1793, Pinel tornou-se médico-chefe do hospital de Bicêtre (Paris) e foi o responsável pelo gesto de desacorrentar os alienados, este reconhecido como o momento simbólico da fundação da psiquiatria. Ele, também, entrevistou sobre o louco e o hospital, organizando o espaço para se constituir num local específico da loucura e do desenvolvimento do saber psiquiátrico.

Apesar deste gesto de Pinel ter sido considerado um momento importante para a área psiquiátrica, pois possibilitou o avanço desse conhecimento, não significou espaço de liberdade, pelo contrário, fundou a ciência que classifica e acorrenta os alienados como objeto de saberes, discursos e práticas na instituição da doença mental.

Este modelo de intervenção, por mais de dois séculos orientou as práticas psiquiátricas centrado na cura da doença, no isolamento, no tratamento moral e na segregação, sendo denominado, mais tarde, de modo asilar.

Depois da II Guerra Mundial, iniciou-se um processo de crítica e de questionamentos sobre o saber e a instituição psiquiátrica, que resultaram em transformações nas estruturas e nas práticas institucionais, chamadas de Reformas Psiquiátricas.

Birman e Costa (1994) destacam dois grandes períodos que redimensionaram os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro foi marcado pela crítica à estrutura asilar considerando-a patológica e cronificadora. Neste período, o hospital continuava sendo terapêutico, mas necessitava de humanização e do resgate das suas funções sociais. Dessa crítica, resultaram as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e a Psicoterapia Institucional (França), ambas com o mesmo objetivo: reformar o espaço interno do hospital psiquiátrico tornando - o *locus* de tratamento. O segundo momento foi caracterizado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, considerando a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento, com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental, surgindo os movimentos da Psiquiatria de Setor (França) e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária (Estados Unidos).

Estes dois períodos, de acordo com os autores citados, visaram à promoção da saúde mental inferida como um processo de adaptação social. A terapêutica deixa de ser assistencial para ser preventiva, embora a instituição psiquiátrica continue sendo o local de tratamento, e a psiquiatria considerada o saber competente.

A ruptura iria acontecer no início da década de 60, com os movimentos da antipsiquiatria e da psiquiatria basagliana, que buscavam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes; conceitos aprisionadores e redutores da doença mental, questionando tanto as práticas quanto os saberes da psiquiatria (BIRMAN; COSTA, 1994).

De acordo com Amarante (1995), a Comunidade Terapêutica⁴ caracterizou um processo de reformas restritas ao hospital psiquiátrico, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar, na qual o enfoque terapêutico não se restringe ao tratamento individual; mas, sim, a uma integração dos pacientes em sistemas grupais. Esta proposta se consolidou com as experiências do psiquiatra inglês Maxwell Jones, o qual organizou os internos do hospital em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades. Ele acreditava que os sistemas grupais possibilitavam a participação dos pacientes no tratamento e, desse modo, a relação terapêutica não seria direcionada numa única direção, de terapeuta para paciente (AMARANTE, 2003).

Assim, a prática de inclusão dos pacientes nas atividades e nas discussões institucionais trouxe, para os mesmos, uma posição participativa no seu tratamento, possibilitando fazer questionamentos sobre as prescrições e orientações da equipe técnica.

Para Jones, não só os pacientes, mas os técnicos, familiares e a comunidade também deveriam assumir a tarefa da função terapêutica; a partir daí, todos ficariam comprometidos com a comunicação, com a troca de experiências, com a participação de modo igualitário na organização e na estruturação do hospital.

Este movimento conseguiu chamar a atenção da sociedade para a deprimente condição dos institucionalizados nos hospitais psiquiátricos, cuja situação de abandono e maus-tratos fez com que fossem comparados aos prisioneiros do campo de concentração da Segunda Guerra Mundial, o que possibilitou a mudança do enfoque terapêutico, centrado no tratamento individual para uma organização em sistemas grupais, em que todos os integrantes do hospital passaram a assumir um novo papel no processo terapêutico.

A Psicoterapia Institucional, outra experiência de transformação do espaço asilar, surgiu na França com os trabalhos de François Tosquelles no Hospital de Saint-Alban, o qual tentava recuperar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, como um lugar de tratamento

⁴Este nome foi utilizado, primeiramente, por Main, em 1946, para identificar o trabalho que estava desenvolvendo com Bion e Reichman no hospital chamado Monthfield, em Birmingham, na Inglaterra. Porém, esta denominação teve sua consagração em 1959 com os trabalhos de Maxwell Jones, o qual se inspirou nas experiências dos psiquiatras acima citados e trabalhos de Simon, Sullivan e Menninger (AMARANTE, 2003).

e de cura. Para ele, com um hospital reformado e dedicado à terapêutica e à eficiência, seria possível curar a doença mental e o indivíduo voltaria para a sociedade (AMARANTE, 2003).

Conforme o autor citado, Tosquelles utilizou duas abordagens para construir sua proposta: a 'terapêutica ativa' de Herman Simon, o qual defendia que a organização do espaço hospitalar e a participação dos pacientes nas atividades internas do hospital influenciavam positivamente no tratamento psiquiátrico, e a 'psicanálise francesa' com as teorias de Jacques Lacan, as quais criticavam o poder do médico, a verticalidade das relações intra-institucionais e a exclusão, pois consideravam as próprias instituições com características doentes e deveriam, portanto, ser tratadas.

Estas duas experiências reformistas: Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional acreditavam que, através de uma reforma no hospital, conseguiriam uma melhora nos resultados terapêuticos junto aos pacientes. Entretanto, as próximas experiências, Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, afirmavam que a psiquiatria deveria, também, atuar na comunidade para que os resultados terapêuticos fossem realmente alcançados.

A Psiquiatria de Setor teve sua origem na França, por volta de 1945, desencadeada pelas idéias de um grupo de psiquiatras que contestavam o saber e as práticas da psiquiatria, afirmando ser um instrumento de violência e exclusão. Assim, os precursores dessa reforma, dentre eles Lucien Bonnafé, pensaram em levar a psiquiatria à população, ou seja, o tratamento seria no meio social de origem do paciente (AMARANTE, 2003).

Desse modo, para o autor citado, as cidades francesas foram divididas em áreas geográficas, chamadas de setores, e passaram a possuir uma referência dentro do hospital. A mesma divisão aconteceu com as equipes de profissionais, as quais acompanhavam os pacientes tanto no hospital quanto na comunidade.

Essa experiência procurou romper com o isolamento ao tratar a pessoa com sofrimento psíquico também no seu meio, e possibilitou a continuidade do tratamento ao manter a mesma equipe de profissionais na comunidade (DESVIAT, 1999).

Refere o autor citado que a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária surgiu nos Estados Unidos (EUA), na década de 60, propondo uma intervenção nas causas ou no surgimento das doenças mentais e, desse modo, se faria a prevenção e a promoção da saúde mental, gerando uma crença de que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas. Portanto, seria possível erradicar os males da sociedade.

Desse modo, a psiquiatria ampliou seu objeto de intervenção da doença mental para a saúde mental, demarcando a terapêutica da pessoa com sofrimento psíquico.

O estopim para que se pensasse numa transformação da assistência psiquiátrica nos EUA, foi o resultado de um censo realizado em 1955, o qual evidenciou que cerca de meio milhão de pessoas estavam internadas em hospitais psiquiátricos, cuja assistência psiquiátrica era considerada de má qualidade. Sendo assim, o Presidente Kennedy salientou, para o Congresso Nacional, a importância do trabalho comunitário e preventivo na assistência psiquiátrica. Em decorrência, foi criado um projeto de lei que determinava a criação de Centros de Saúde Mental Comunitária, possuindo, como principal objetivo, a redução dos gastos com a internação psiquiátrica (AMARANTE, 2003).

Através destes Centros de Saúde Mental Comunitária, seriam adotadas intervenções com metas tanto no tratamento e prevenção das doenças mentais como na promoção da saúde mental da comunidade.

Este movimento preocupou-se em ampliar a atuação da psiquiatria em vez de apenas curar as doenças, numa tentativa de levar a saúde mental para a comunidade sob o prisma da prevenção. Porém, essa experiência de reforma também significou uma tentativa de expandir os princípios médico-psiquiátricos, tornando-os um conjunto de normas para controlar e manter a ordem social.

Para uma melhor compreensão dos movimentos reformistas citados, apresentamos, no Quadro 1, uma síntese das suas propostas assistenciais, considerando seu objeto, objetivo e lugar de tratamento (AMARANTE, 2003, p. 54).

Modalidade	Objeto	Objetivo	Lugar de tratamento
Psiquiatria Clássica	Doença mental	Curar a doença Remitir os sintomas	Asilo
Comunidade Terapêutica Psicoterapia Institucional	Doença mental A instituição	Curar a doença Tratar a instituição	Asilo
Psiquiatria de Setor Psiquiatria Preventiva	Saúde mental	Promover a saúde mental Prevenir a doença mental	Comunidade

Quadro 1: Propostas assistenciais dos movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Outros movimentos reformistas, como a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana, colocaram em questionamento não apenas a instituição psiquiátrica; mas, também, o saber psiquiátrico e o conceito de doença mental.

A Antipsiquiatria surgiu nos meados da década de 60, com um grupo de psiquiatras ingleses, dentre os quais se destacaram David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson (AMARANTE, 2003).

Este movimento, dentre suas várias contribuições, formulou uma crítica ao saber médico-psiquiátrico na compreensão e tratamento das doenças mentais, denunciando a

situação de abandono e exclusão social das pessoas com sofrimento psíquico e responsabilizando a ideologia⁵ psiquiátrica e o manicômio pela marginalização e dependência dessas pessoas (MELMAN, 2001).

Na perspectiva antipsiquiátrica, a família seria uma peça chave para a compreensão da loucura. Este fato contribuiu para que a família começasse a ser incluída nas intervenções em saúde mental, possibilitando a compreensão de que uma pessoa com sofrimento psíquico não pode ser considerada como um fato isolado; mas sim, como um reflexo da estrutura familiar. Desse modo, os relatos da pessoa com sofrimento psíquico passaram a ser valorizados como forma de denunciar uma possível desordem no núcleo familiar (AMARANTE, 2003).

O movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica Italiana, teve início em 1961, quando Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia (BARROS, 1994). Em sua primeira visita aos internos do hospital, lembrou-se da fábula: ‘O homem e a serpente’, que conta a história de um homem que tinha uma serpente habitando seu corpo, impondo sua vontade e privando sua liberdade. Quando a serpente saiu, deixando-o livre, sentiu-se vazio, pois estava acostumado aos desejos e impulsos dela e, agora, teria de reconquistar seu conteúdo humano (AMARANTE, 1996).

Basaglia relacionou a serpente com o saber psiquiátrico, que destrói e submete os usuários dos serviços de saúde mental à violência e ao tratamento em instituições totais.

Assim, uma das suas primeiras iniciativas foi acabar com os métodos coercitivos e violentos de tratamento, inspirado pelos movimentos da Comunidade Terapêutica e da Psicoterapia Institucional, os quais preconizavam a democratização das relações entre os pacientes e profissionais (AMARANTE, 1996).

Contudo, Basaglia, ao refletir sobre esses movimentos em Gorizia, observou que reformar o asilo não trazia mudanças referentes à exclusão e ao sofrimento psíquico das pessoas internadas, começando a questionar a função social do técnico - considerado agente de controle institucional - e, também, o conceito de doença mental produzido pela psiquiatria (AMARANTE, 2003).

Essas questões contribuíram para o princípio, elaborado por Basaglia, de colocar a ‘doença mental entre parênteses’, ou seja, ocupar-se de tudo o que se refere ao sujeito na sua existência: cultura, conhecimento e subjetividade. Este princípio, dentre suas contribuições,

⁵Entendida como “idéias e representações que dominam a mente do homem ou de grupos sociais”, podemos considerar a ideologia psiquiátrica como uma articulação de diferentes idéias que produzem e reproduzem saberes e práticas da psiquiatria centradas na cura da doença através do tratamento hospitalar (OLSCHOWSKY, 2001, p. 69).

permitiu a construção de um outro processo denominado de ‘duplo da doença mental’, o qual está relacionado ao que se sobrepõe à doença, ou seja, os pré-conceitos atribuídos ao indivíduo considerado doente mental: perigoso, insensato, imoral, demente e incompreensível. Para Basaglia, o principal ato terapêutico consistia na descoberta da pessoa enquanto sujeito que sofria com esses rótulos (AMARANTE, 1996).

Desse modo, Basaglia propôs a negação da psiquiatria como um único saber, se estendendo a negação da instituição manicomial, do poder da psiquiatria em relação ao paciente e da violência que o mesmo sofre dentro e fora da instituição.

Em 1971, no Hospital Psiquiátrico San Giovanni em Trieste, Basaglia realizou uma transformação desse hospital orientado pela idéia da ‘desinstitucionalização’, possibilitando o fechamento do manicômio e a constituição de uma rede de atenção territorial⁶ (AMARANTE, 2003).

A desinstitucionalização também significou a desconstrução do “paradigma problema-solução, ou seja, a idéia de que a doença precisa de cura, em torno da qual legitima o ‘isolamento’, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito”, envolvendo e mobilizando estes mesmos sujeitos enquanto protagonistas de suas histórias e atores sociais (AMARANTE, 1996, p. 105).

Conforme as portas eram abertas, no sentido do interior da instituição psiquiátrica para o exterior (comunidade), começaram a ser criados os grupos-apartamentos⁷, promovendo a saída dos internos e possibilitando que os mesmos habitassem o espaço da cidade.

Em 1975, começaram a funcionar os primeiros Centros de Saúde Mental de base territorial, os quais eram responsáveis pela prevenção, tratamento e reinserção das pessoas com sofrimento psíquico na sociedade. Além desses centros, havia cooperativas de trabalho, oficinas, ateliês, empresas sociais e um Serviço de Diagnóstico e Tratamento (pronto-socorro psiquiátrico junto ao hospital geral), ligado aos Centros de Saúde Mental (AMARANTE, 2003).

Com a repercussão das experiências, tanto de Gorizia quanto de Trieste, o Parlamento Italiano aprovou em 1978, a Lei da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei 180 ou Lei Basaglia. Essa Lei, apesar de não constar os termos que Basaglia desejava, possuiu irrefutáveis méritos, por exemplo, substituiu a legislação de 1904, proibiu a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganizou os recursos para a rede de cuidados

⁶A palavra território trata-se tanto da região geográfica quanto das referências subjetivas, sociais e políticas que estão presentes no dia a dia e a inserção dos sujeitos no meio social (AMARANTE, 2003).

⁷No Brasil, este termo é conhecido como residência terapêutica, conforme as portarias 106/01 e 1.220/01 do Ministério da Saúde.

psiquiátricos, restituiu a cidadania e os direitos sociais aos doentes e garantiu um tratamento psiquiátrico qualificado (BARROS, 1994).

Essa nova forma de trabalho não buscava a suspensão dos cuidados, mas uma nova forma de entender, tratar e lidar com a loucura. Também não propunha o simples fechamento dos hospitais, mas a medida em que os serviços tradicionais fossem desativados, esses seriam substituídos por outros de caráter extra-hospitalar. Essa experiência possibilitou romper o paradigma tradicional hospitalocêntrico centrado na cura da doença até então dominante, mostrando ser possível a substituição do manicômio e da instituição psiquiátrica tradicional, oferecendo novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica, conscientizando a sociedade a enxergar a pessoa com sofrimento psíquico como parte dela.

Outro fator que contribuiu para a transformação da assistência psiquiátrica, foi a Declaração de Caracas ocorrida em 1990, considerada como o “marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas” (BRASIL, 2004c, p.10). Esta Declaração foi o resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, culminando na aprovação de um projeto que proclamou a necessidade de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países da América Latina e no Caribe, assegurando o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e a superação do hospital psiquiátrico por modalidades de atenção alternativa na comunidade e redes sociais (DESVIAT, 1999).

Esses movimentos reformistas mundiais também repercutiram na assistência psiquiátrica brasileira.

O Brasil, em 1808, passou por grandes transformações culturais, econômicas e sociais com a vinda da Família Real, pois D. João VI chegou acompanhado de cerca de quinze mil pessoas ao Rio de Janeiro, causando um significativo aumento demográfico da cidade.

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829, preocupada com o contingente de pessoas, teve, como uma de suas primeiras iniciativas, a criação da Comissão de Salubridade, a qual realizou um amplo diagnóstico sanitário das instituições existentes na Corte. Essa comissão constatou as precárias condições dos doentes mentais na cidade, nas ruas, nas prisões e nos hospitais, possibilitando a reivindicação da construção de um asilo para os alienados, sendo inaugurado em 1852, o Hospício de Pedro II, anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2003).

Refere o autor citado que em janeiro de 1890, o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, passando a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, subordinado a administração pública. No mês seguinte, foi criada a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República, a Assistência Médico-legal aos Alienados. Também foram criadas as primeiras colônias de alienados da América Latina, denominadas São Bento e Conde de Mesquita, situadas na atual Ilha do Governador no Rio de Janeiro, e a Colônia de Juqueri, em São Paulo.

A implantação dessas colônias, para a assistência das pessoas com sofrimento psíquico, foi umas das principais características que marcaram o início da reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, essas instituições norteavam o tratamento de acordo com os princípios do isolamento e do tratamento moral sob a direção de João Carlos Teixeira Brandão, que tinha formação na escola francesa, onde Philippe Pinel era a maior expressão.

Teixeira Brandão foi o primeiro diretor da Assistência Médico-legal aos Alienados e do Hospício Nacional de Alienados, e, também, quem criou a primeira cadeira de psiquiatria, inaugurando a primeira escola de enfermagem e sistematizando a formação dos profissionais para essa especialidade. Após sua saída, assumiu o médico Juliano Moreira, formado pela escola alemã, a qual era influenciada por Emil Kraepelin. Juliano Moreira deu continuidade ao trabalho de Teixeira Brandão, inclusive na luta por uma lei psiquiátrica, culminando na sua aprovação em 22 de dezembro de 1903, a Lei 1.132, sendo a primeira lei e a primeira política de assistência psiquiátrica brasileira, a qual reorganiza a assistência aos alienados (AMARANTE, 2003).

A vinculação da psiquiatria brasileira com o organicismo da escola alemã, para o autor citado, resultou na fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, por Gustavo Riedel, em 1923. Esta Liga tinha como princípios: a eugenia (através de uma higiene reprodutiva, a espécie humana se qualificaria com a eliminação das impurezas raciais) e a xenofobia (aversão a coisas ou a pessoas estrangeiras). Dentre algumas medidas tomadas por esta Liga, destaca-se a proibição do casamento ou a esterilidade das pessoas doentes, dependentes de drogas, descendentes de origem africana ou oriental, e imigrantes estrangeiros, pois os mesmos não poderiam procriar em nome da qualificação da raça e da prevenção das doenças mentais.

Esse movimento acreditava que, através dessas medidas, a sociedade sem doenças e sem sofrimentos seria melhor. Entretanto, não foi considerada a restrição da liberdade e da cidadania dessas pessoas e no sofrimento pelo qual passariam, apenas para garantir uma

coletividade sadia para os segmentos sociais, caracterizados por um alto poder econômico, pela intelectualidade, por forças militares e pelo clero.

Na década de 60, o modelo psiquiátrico continuou com características asilares, os institutos de aposentadoria e pensões se unificaram, tornando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mesmo assim, o Estado optou, por intermédio da Previdência Social, comprar serviços psiquiátricos do setor privado a investir na rede pública (AMARANTE, 2003).

Esse momento significou uma transformação na assistência psiquiátrica, pois a doença mental passou a ser vista como um objeto de lucro. Isso acarretou num aumento significativo dos leitos psiquiátricos, assim como das internações, contribuindo para que as pessoas com sofrimento psíquico, mais uma vez, fossem usadas como um objeto, sem história, sem sentimento e sem direito de se expressar, tendo como única solução aceitar o que era imposto, a internação.

Por volta dos anos 70, surgiram críticas e denúncias contra a violência e o abandono das pessoas com sofrimento psíquico nas instituições psiquiátricas. Esse movimento de crítica ganhou força em 1987 no Rio de Janeiro, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde⁸, apontando para a necessidade do redirecionamento às práticas dos trabalhadores em saúde mental, da participação da população civil na elaboração e implementação das políticas de saúde mental, da priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, tudo em oposição à tendência hospitalocêntrica.

No Rio Grande do Sul esse processo iniciou em 1973, quando a Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA) propôs uma interiorização do cuidado em saúde mental e uma reorganização do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP). No período de 1987-1990 foi criada a Coordenação de Atenção Integral à Saúde Mental no estado, afirmando que a saúde mental não deveria se limitar aos muros do HPSP.

Dentre estas mudanças pioneiras no Rio Grande do Sul, destacamos a aprovação da Lei Estadual nº 9.716 de 07 de agosto de 1992 e o Centro Comunitário em Saúde Mental de São Lourenço do Sul, conhecido como Nossa Casa, como a primeira experiência concreta de uma prática assistencial que vai ao encontro das mudanças propostas pela reforma psiquiátrica brasileira, inspirando trabalhadores e governantes no sentido de que é possível fazer diferente (BRASIL, 2004c; WETZEL, 2005).

⁸Nesta conferência, surgiu uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado.

O ano de 1987 destacou-se, também, pelo II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, São Paulo; pois, neste encontro, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) deixou de objetivar a transformação técnico-científica do modelo assistencial, para buscar a construção de um novo lugar na sociedade, comprometendo-a no encontro de novas formas de cuidar das pessoas com sofrimento psíquico. Nesse Congresso, o MTSM introduziu o lema 'Por uma sociedade sem manicômios'⁹, e organizaram o dia 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial, data que é comemorado anualmente com atividades culturais, científicas e discussões políticas (AMARANTE, 2003).

Desde a década de 80, a assistência brasileira em saúde mental vem passando por mudanças significativas orientada pelas propostas da reforma psiquiátrica italiana, centradas no imperativo de criar novas modalidades de atendimento terapêutico e ampliar a capacidade de autonomia das pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

Assim, percebemos como indispensável para a concretização dessas mudanças, a implementação das ações e a qualificação dos trabalhadores em saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções: acolhimento, vínculo, responsabilidade, integralidade, interdisciplinaridade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes rede de apoio.

Desse modo, com a necessidade de redimensionar a assistência psiquiátrica, em 1987, teve início a transformação do modelo manicomial para o modelo de atenção psicossocial, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e com a inauguração dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, Santos - São Paulo.

O CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira tinha o objetivo de possibilitar atenção diária (8 horas, cinco dias por semana), fora das práticas ambulatoriais e hospitalares, para uma clientela de psicóticos e neuróticos graves. Também apresentava uma proposta docente-assistencial, na qual se construía uma relação de ensino entre o serviço e as outras instituições acadêmicas. O NAPS tinha como proposta, o atendimento integral (24 horas, ininterruptamente), entendendo que, para uma pessoa entrar em crise, não há hora marcada. Assim, o serviço assumiu a responsabilidade pela demanda de atenção à saúde mental da

⁹Este lema ainda faz parte de muitos movimentos, congressos, seminários, de nível internacional, nos quais as pessoas de toda origem, de qualquer lugar do mundo, se unem por uma causa em comum: um mundo sem manicômios (ANEXO A).

comunidade onde se localizava, possibilitando, pela primeira vez no Brasil, a noção de serviço substitutivo (FREIRE, 2004).

Neste contexto, configura-se dois modos paradigmáticos que se diferenciam tanto em termos dos saberes e das práticas, quanto do discurso que os articula, denominados de modo asilar e modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000).

Refere o autor que podemos encontrar, no modo asilar, as seguintes características de acordo com:

a) Concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho: quanto às concepções do objeto, a doença é considerada o centro do problema, enfatizando as determinações orgânicas. O tratamento é medicamentoso e não considera a existência do sujeito, a pessoa é apenas um corpo doente; a intervenção é exclusivamente centrada na doença, reforçando o isolamento em relação ao meio familiar e social. Quanto aos meios de trabalho, o sujeito é atendido de forma fragmentada; os profissionais da equipe não mantêm relações de trabalho, sendo o prontuário a interconexão, e a instituição ideal para este modo, é o hospital psiquiátrico;

b) Formas da organização institucional: caso haja a elaboração de organogramas, esses seriam piramidais ou verticais, pois o fluxo de poder institucional tem apenas um sentido, do ápice para a base;

c) Formas do relacionamento com a clientela: o relacionamento se dá conforme o suprimimento e a carência, sabedoria e ignorância, ou seja, relações intersubjetivas verticais, conduzindo o usuário à imobilidade e ao mutismo;

d) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: como a finalidade do tratamento é a remoção ou tamponamento dos sintomas, o principal efeito derivado dessa concepção é a cronificação asilar.

No modo psicossocial, por oposição ao modo asilar, encontramos as seguintes características:

a) Concepções do ‘objeto’ e dos ‘meios’ de trabalho: o sujeito é o principal participante do tratamento e, considerando que o mesmo faz parte de uma família e de um grupo social, estes também devem ser considerados; os meios básicos de tratamento são: medicação, psicoterapias, laborterapias, sócioterapias e dispositivos que visem à reintegração sociocultural; os meios de trabalho são a equipe interprofissional e os dispositivos institucionais como os CAPS, NAPS, Ambulatórios de Saúde Mental e setores para tratamento da saúde mental em hospitais gerais;

b) Formas da organização institucional: o organograma que representaria este modo se daria na forma horizontal, pois são lineares as relações de poder que se estabelecem dentro da equipe e desta com os usuários;

c) Formas do relacionamento com a clientela: a instituição passa a ser considerada um espaço de interlocução, funcionando como um ponto de fala e de escuta, tanto do usuário quanto da população;

d) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: além da redução dos sintomas, busca-se, como meta principal, o reposicionamento subjetivo da pessoa com sofrimento psíquico através da ênfase na singularidade e nas dimensões sociocultural e subjetiva.

Diante dos pólos de contradição das práticas em saúde mental, modo asilar e modo psicossocial, podemos entender o motivo, pelo qual atores sociais de diferentes esferas lutam por uma mudança de paradigma. Concordamos com a substituição do paradigma dominante, com suas práticas centradas na cura da doença, no isolamento, na segregação, na tutela pelo paradigma emergente, que acolhe, cuida, considera a subjetividade, a história de vida, preconiza a reintegração sociocultural e promove a participação familiar e social. Assim, passamos a denominar os novos serviços que têm por base as características do modo psicossocial, como serviços substitutivos.

Com a inauguração dos primeiros serviços de caráter substitutivo, também tornou-se necessário ações de gestão para seu funcionamento. Desse modo, foi inaugurado, em 1991, um financiamento específico para os serviços de saúde mental, com a aprovação da Portaria MS/SNAS¹⁰ n° 189, como serviços integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Através desta Portaria foi possível incluir, no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS, novos procedimentos que possibilitaram o atendimento no NAPS/CAPS, em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, dentre outras ações de saúde mental, que visavam à substituição do modelo manicomial.

No ano seguinte, foi aprovada a Portaria MS/SNAS n° 224, a qual regulamentou todos os serviços de saúde mental, estabelecendo diretrizes e normas para o atendimento nesses serviços, assim como incorporou novos procedimentos à tabela do SUS. Essa Portaria também definiu os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas, que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2004c).

¹⁰MS significa Ministério da Saúde e SNAS, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

As portarias supracitadas trouxeram, juntamente com suas benfeitorias, a possibilidade de reorientar a assistência psiquiátrica, através da regulamentação e do financiamento dos serviços de saúde mental. Porém, essas mudanças constituem um processo complexo, com implicações políticas, sociais e ideológicas, que envolvem uma reconstrução de conceitos da psiquiatria e uma construção de possibilidades de inclusão social das pessoas que sofrem psiquicamente.

Outro fato importante que colaborou para intensificar as discussões sobre a reforma psiquiátrica no país, foi o projeto de lei 3.657-A do Deputado Federal Paulo Delgado¹¹ (PT-MG), aprovado em abril de 2001 com a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona ao modelo assistencial em saúde mental, determinando, em seu Art. 3º, “que é responsabilidade do Estado a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” e, no Art.4º §1º, “que o tratamento terá como finalidade permanente a reinserção social do portador de transtorno mental em seu meio” (BRASIL, 2004c, p. 17).

Este projeto, dentre suas várias propostas, destaca a desinstitucionalização e o resgate da cidadania do indivíduo com sofrimento psíquico, contribuindo para o crescimento da consciência crítica e favorecendo a ampliação do debate sobre o pensamento antimanicomial (MEDEIROS; GUIMARÃES, 2002).

Considerando a disposição da Portaria nº 224 e a necessidade de atualização das normas, foi aprovada a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 - a qual determina que estes serviços devem atender, prioritariamente, portadores de transtornos mentais graves, severos e persistentes, e resolve, em seu Art. 1º

estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2004b, p. 31).

Esta Portaria também define, em seu Art. 5º, que “os CAPS (I, II, III), deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva”. O atendimento intensivo seria para aqueles que necessitam acompanhamento diário e contínuo; semi-intensivo aos pacientes que necessitam de acompanhamento

¹¹Bezerra Jr. (1992) ressalta três pontos importantes dessa proposta de lei: detém a expansão da oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público; redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não-manicomiais e a obrigação de comunicar as internações feitas contra a vontade do paciente. Essa proposta não propõe a ressocialização dos milhares de brasileiros há anos internados, mas aumenta as possibilidades de reforçar as experiências mais bem sucedidas.

frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS, podendo ser atendido até 12 dias no mês; e, não intensivo é um atendimento que, em função do quadro clínico atual, pode ter uma frequência menor e ser atendido até três dias no mês.

Considerando a necessidade de incluir novos procedimentos e de inaugurar uma nova modalidade de financiamento, o Ministério da Saúde estabeleceu a republicação da Portaria nº189, em 22 de março de 2002, permanecendo Portaria MS/SAS nº 189. Desse modo, os serviços de saúde mental passam a ser remunerados através de um novo sistema de financiamento, o Sistema APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo).

Na rede de serviços substitutivos, o CAPS aparece como uma estratégia terapêutica inovadora, ancorada nos paradigmas da interdisciplinaridade, no resgate da cidadania e da multiplicidade de formas de intervenção sobre a doença mental.

Busca-se, através deste serviço, integrar a pessoa com sofrimento psíquico num ambiente social e cultural, possibilitando a convivência cotidiana com a sociedade e com os familiares. Seu objetivo principal é oferecer atendimento à população da sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS se caracterizam por serem serviços abertos e comunitários do SUS, lugares de referência para as pessoas com sofrimento psíquico e também para os familiares, possuindo, como aspecto fundamental, um trabalho que considera a subjetividade da pessoa, trazendo nova significação individual e social ao ser humano.

No primeiro atendimento realizado no CAPS, é preconizado o acolhimento do usuário através da escuta profissional. Após, deve se estabelecer um contrato de cuidados, orientado por um projeto terapêutico composto por um conjunto de atendimentos personalizados, com a intenção de assistir e respeitar o usuário em suas particularidades, incluindo a construção de trabalhos de inserção social e princípios de cidadania, que minimizem o estigma.

Os CAPS possuem diversas atividades terapêuticas que podem ou não compor o projeto terapêutico, dependendo da necessidade de cada usuário. As atividades podem ser individuais, em grupos, para os familiares ou para a comunidade; ofertando, por exemplo, oficinas terapêuticas, psicoterapia individual ou em grupo, atividades artísticas e comunitárias, atendimento domiciliar ao usuário e aos familiares, orientação e acompanhamento no uso de medicação (BRASIL, 2004b).

Importante salientar que estas atividades podem ser exercidas tanto no CAPS quanto fora do serviço, concretizando uma estratégia de reabilitação psicossocial, promovendo oportunidades de conviver com a sociedade e o favorecimento de vínculos afetivos com os familiares, com os amigos e no trabalho.

Pensamos que a reforma psiquiátrica tem se constituído numa ação compromissada em romper barreiras, “nas quais é preciso admitir que o louco tem espaços de liberdade, sem a perda das condições do exercício da própria subjetividade” (OLSCHOWSKY, 2001, p. 7).

Neste contexto, romper barreiras

adquire um significado de convivermos com o louco, promovendo novas relações, cujas práticas de assistência, ensino e de vida cotidiana sejam questionadas e repensadas quanto à sua ação intervencionista, limitante e estigmatizante (OLSCHOWSKY, 2001, p. 8).

Nesta perspectiva, explorando espaços de possibilidades existenciais, é que se faz necessária a inclusão da família no cuidado do doente mental, apoiada em uma proposta singular/subjetiva e própria, produzindo um modo de existência, onde cada sujeito é o dono do seu caminhar articulado ao seu meio social e as possibilidades dadas e construídas.

Apesar do CAPS possuir como característica fundamental a reintegração do usuário na sociedade e na família, resgatando sua cidadania, Silva Filho e Leibing (1999) ressaltam que a substituição dos hospitais psiquiátricos, enquanto asilos cronificantes, não significa o fim dos problemas mentais e de suas conseqüências sociais, por isso deve-se refletir sobre estes novos dispositivos de tratamento, principalmente sobre a capacitação dos profissionais em trabalhar nesta nova prática e como tem acontecido a relação/integração com a família.

A reforma psiquiátrica, desde o início, tem sido um grande desafio enquanto proposta de redirecionamento do atendimento e da assistência psiquiátrica, consolidando-se com dificuldades e conflitos, mas tem mostrado na efetivação dos CAPS, que é um caminho possível, se trabalhado através de um conjunto de práticas sociais, integrando os diferentes atores: usuários, equipe, família e sociedade.

Desse modo, conhecer as estratégias e as práticas de cuidado realizadas no CAPS para inserir a família revela-se essencial para a concretização e continuidade dos princípios da reforma psiquiátrica no que tange, principalmente, ao resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico.

3.2 Família e Saúde Mental

A família, no seu contexto social e cultural, revela diversos tipos de organização e funcionamento, sendo o papel de cada membro definido de acordo com a estrutura familiar. Ao refletirmos sobre família, pensamos, primeiramente, a idéia de pai, mãe e irmãos; mas, na realidade, família é tudo aquilo que representa a união de um grupo, o qual pode ser composto por pessoas, objetos e, até mesmo, animais.

Na sociedade medieval, as famílias eram agrupamentos compostos por parentes consangüíneos, servidores e protegidos; não havendo, desse modo, condições objetivas para a constituição de privacidade e intimidade entre os indivíduos. As habitações eram grandes casas abertas à visitação pública de amigos, clientes entre outros, não existindo separação entre a vida profissional, privada e social (MELMAN, 2001).

Na organização da família colonial brasileira, assim como na Europa medieval, também não havia preocupação com a privacidade, pois nos casarões conviviam os filhos, agregados, parentes e escravos. A família, no Brasil, "organizava-se em torno da figura do senhor que ocupava as funções de pai, marido, chefe de empresa e comandante de tropa". Os demais membros da família patriarcal, como era denominada, ligavam-se a ele de modo passivo (MELMAN, 2001, p. 40).

Nesta época, a família não era responsável pela transmissão dos valores e conhecimentos. Por volta dos 7 (sete) anos de idade, a criança se afastava da casa dos pais para aprendizagem e educação, impossibilitando a existência de uma relação sentimental com mais significado entre pais e filhos.

Houve, portanto, uma transformação da família medieval para a moderna, na qual a relação entre os familiares deixou de ser apenas moral e social para também ser afetiva.

O surgimento da escola para aprendizagem possibilitou o convívio familiar, pois a criança não foi mais afastada da casa dos pais e a família conheceu a privacidade e a intimidade, perdendo seu caráter de espaço social aberto à visitação pública.

Com a Proclamação da República em 1889, o país vivenciou o fim do trabalho escravo, a urbanização e um conjunto de modernizações com caráter conservador no plano econômico e excludente no controle político e social. Neste contexto, a organização da família moderna foi denominada de nova família, na qual a mulher deveria cuidar e dar suporte ao marido, assim como, estudar para ajudar na educação dos filhos (NEDER, 2002).

Desse modo, a sociedade moderna instituiu o modelo da família conjugal, na qual o homem continuou assumindo a condição de provedor financeiro do grupo familiar e a mulher manteve seu trabalho restrito ao lar. A família se reestruturou baseada na autoridade masculina, reproduzindo desigualdade entre seus membros, hierarquia e subordinação. Caso as famílias não seguissem este modelo, eram consideradas incompletas e desestruturadas, responsabilizadas por problemas emocionais, desvios de comportamento e fracasso escolar (ROSA, 2003).

Por muitos anos, a hierarquia e a subordinação estiveram presentes na constituição da família, caracterizando-a como um modelo assimétrico de relação e igualdade entre os gêneros. Tanto que esta dependência e subalternidade também se refletiam na saúde e na educação, pois as escolas e as instituições tomavam para si a responsabilidade e o provimento de cuidados, fazendo com que as informações e os conhecimentos ficassem restritos àqueles que detinham essa, então, superioridade.

Atualmente, a família é convidada a participar e a assumir responsabilidades vinculadas às instituições e à educação. Essa possibilidade de interação oportunizou sua importância na educação e nos cuidados com a saúde dos seus membros. No entanto, essa inter-relação gerou questionamentos devido à nova condição que as unem e, também, à nova função da família como responsável pelo provimento de cuidados.

Nesse contexto, a família muda seu papel de observadora para protagonista dos processos de tratamento, participando dos cuidados dos seus familiares. Em contrapartida, o profissional, ao prestar assistência de saúde, passará a reorganizar sua prática, ou seja, deverá olhar os problemas, conjuntamente, para cuidar de forma integral.

Porém, para que a família seja cuidada, os profissionais de saúde devem, como uma das primeiras medidas, conhecer o funcionamento dessa família e, através dela, analisar de que maneira poderão estabelecer contratos nessa parceria de cuidado entre si.

É fundamental, nesse processo, que os profissionais da saúde estejam cientes da complexidade que envolve a família. Assim, entendemos família como tudo aquilo que faz parte do convívio do ser humano: escola, trabalho, lazer, casa, parentes, vizinhos, amigos. Portanto, os membros que a compõe são fundamentais para a sua construção, mas não é significante ‘quem’ ou ‘quantos’ os são. O importante é que se estabeleça uma rede de inter-relações entre os membros refletida numa base sólida e fortalecida, através da qual, tornar-se-ão capazes de enfrentar as situações da vida cotidiana.

De acordo com Osório (1996), família não é uma expressão que possibilita uma conceituação. Porém, o autor buscou encontrar uma definição de família através do cunho operativo¹²:

família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais - aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos) - e que a partir dos objetos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais (OSÓRIO, 1996, p.16).

Para o autor citado, a família também pode apresentar três modalidades de agrupamento: a nuclear (conjugal), constituída pelo tripé pai-mãe-filhos; a extensa (consangüínea) que, além do tripé, é composta por todos os membros que têm algum laço de parentesco; e a abrangente, que considera como parte da família mesmos os que não têm laços consangüíneos, mas que coabitam na mesma casa.

Os papéis que cada membro familiar exerce, cada vez mais se confundem, pois o papel de cuidar do lar, que era atribuído à mulher; e de provedor financeiro, atribuído ao homem, tornaram-se um modelo arcaico para a família contemporânea. Hoje, os papéis familiares “nem sempre correspondem aos indivíduos que convencionalmente designamos como seus depositários” (OSÓRIO, 1996, p.17).

O papel conjugal, na família contemporânea, pressupõe a interdependência dos participantes do casal, ou seja, o compartilhamento das tarefas, a complementaridade e a reciprocidade, são, agora, alguns fatores que constituem a relação entre os pares.

Essa evolução positiva no papel conjugal, também aconteceu nos papéis de características paternal, fraternal e filial. Os papéis passaram a adquirir um caráter dinâmico, pois um único membro familiar pode assumir diferentes papéis simultaneamente.

A família também pode ser dividida em funções: biológicas, psicossociais e sociais. Entretanto, assim como os papéis, as funções se inter-relacionam, confundindo-se uma com as outras. Porém, cada função tem sua peculiaridade: a função biológica da família é assegurar a sobrevivência do recém-nascido, através dos cuidados que são requeridos; já a função psicossocial, é fornecer o alimento afetivo e servir de continente para as ansiedades existenciais durante o processo evolutivo e, dentre as funções sociais, estão a preparação para o exercício da cidadania e a transmissão da cultura dos agrupamentos étnicos (OSÓRIO, 1996).

¹²O autor utilizou, como base referencial para construir um conceito operativo de família, os seguintes pensadores: Escardó, Pichon-Rivière, Lévi-Strauss e Freud.

Desse modo, o profissional da saúde deve estar ciente que encontrará, nas suas práticas, uma família dinâmica, na qual os membros não possuem papéis concretos e definidos. Portanto, ao considerar a família como uma organização que se estrutura, principalmente, através das relações afetivas, a presença de um membro adoecido pode resultar numa desestruturação do convívio familiar, pois a doença é um evento imprevisto que exige, além de condições sociais e econômicas, responsabilidade e comprometimento com o cuidado.

A partir desse entendimento sobre família e considerando que a mesma pode vivenciar uma situação de doença em um dos seus membros, apresentamos cinco teorias que podem auxiliar os profissionais de saúde nas suas práticas assistenciais: teoria dos sistemas, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança e a biologia da cognição (WRIGHT; LEASHEY, 2004).

A teoria dos sistemas tem sido aplicada por profissionais da saúde para compreender as famílias como um sistema, utilizando os conceitos de hierarquia, totalidade, mudança, equilíbrio e padrões circular/linear para auxiliar esse entendimento. Através da hierarquia de sistemas, a família é considerada como sendo composta de subsistemas (por exemplo, filhos, cônjuges, irmãos) e supra-sistemas (vizinhança, comunidade religiosa, entre outros). Para que estes sistemas se interagem positivamente, é necessário que o limite existente entre eles seja permeável e restrito, o suficiente para manter a integridade e a identidade da família.

O conceito de totalidade, ao ser aplicado à família, enfatiza que a mesma, como um todo, é maior que a soma de suas partes, ou seja, ao observar as interações entre os membros que compõe a família, é possível ter um entendimento mais completo de cada um deles.

Assim, podemos justificar a importância da inserção da família no cuidado, pois, no momento em que a família é incluída nas práticas de saúde, os profissionais têm a possibilidade de conhecer seu funcionamento e promover intervenções para que a saúde individual seja também coletiva. Entretanto, alguns profissionais de saúde ainda carecem desse entendimento, o que reflete em ações de saúde centradas no indivíduo.

Outro conceito aplicado à família é o entendimento de que a mudança em um dos membros afeta a todos na família, justificando a importância de ações que também visem à saúde da família.

A coexistência de mudança e estabilidade visualiza a família como sendo capaz de gerar um equilíbrio quando sofre alguma alteração. Suponhamos que uma família foi

surpreendida por algo que alterou seu funcionamento, logo após o acontecimento, a família irá se organizar para encontrar novamente um equilíbrio, não o anterior, mas uma nova posição de equilíbrio. Isso nos permite dizer que a família está sempre num estado de fluxo constante e em alteração.

Outro conceito da teoria dos sistemas refere-se aos padrões linear e circular, que considera as conexões do primeiro se dão de forma contínua e progressiva e, na circular, as conexões são recursivas e recíprocas, “os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de uma causalidade circular e não linear” (WRIGHT; LEASHEY, 2004, p.42).

Ao considerarmos as interações existentes entre os membros familiares, um influencia e é influenciado pelo outro, desse modo o profissional de saúde deve auxiliar a família para que desloquem a linearidade das suas interações para a reciprocidade.

Outra teoria que pode contribuir nas intervenções junto a família é a cibernética, considerada a ciência da teoria da comunicação e controle. Essa teoria refere que os sistemas familiares têm a capacidade de auto-regulação, através do conceito de circuito de ‘feedback’ e, que esses processos de ‘feedback’ poder ocorrer simultaneamente nos vários sistemas que compõe a família, mostrando que a família está sempre em constante mudança, mais do que isso, ela apresenta uma mudança da mudança. Portanto, o ideal seria que as intervenções familiares dispusessem de mecanismos que ajudassem na auto-regulação do sistema familiar, quando este passasse por uma mudança.

A teoria da comunicação tem como foco a maneira pela qual os indivíduos interagem uns com os outros. Apresenta conceitos, nos quais explica que a comunicação não verbal é significativa, pois não existe a *não* comunicação e, sim, uma mensagem em presença de outra, considerando, como componente relevante, o comportamento do indivíduo no contexto imediato da situação. Mostram também que a comunicação tem dois canais principais de transmissão, o digital (normalmente conhecida como comunicação verbal) e o analógica (entendida como a comunicação não verbal que se expressa através da postura corporal, expressão facial, música, poesia, entre outros). Estas comunicações verbais e não verbais são integradas, trabalham juntas.

Desse modo, a comunicação não consiste apenas de conteúdo, do que está sendo dito, mas também da maneira como está se fazendo a transmissão desse conteúdo. Por exemplo, ao dizer uma frase, o tom de voz pode variar desde o carinhoso, afetivo, até o rude, ansioso, demonstrando o relacionamento entre as pessoas que estão conversando naquele momento.

A teoria da mudança refere que esta pode ser de primeira ordem, quando o sistema familiar permanece imutável, apesar de algumas pessoas sofrerem determinados tipos de mudança; e de segunda ordem, quando ocorrem transformações no modo estrutural da família.

Esta teoria aponta que a mudança depende da percepção do problema, ou seja, ao analisarmos uma situação, nossa percepção será influenciada pela nossa visão de mundo. Do mesmo modo acontece com os membros familiares, cada um tem sua percepção da realidade e, neste caso, cabe ao profissional de saúde aceitá-la e, a partir daí, oferecer uma nova visão da situação analisada ao sistema familiar.

A mudança também depende do contexto. Por exemplo, as famílias, com frequência, recebem regras de instituições (escola, saúde, entre outras) que servem para manter a estabilidade do sistema familiar. Assim, quando o profissional de saúde for analisar a situação familiar deve estar atento para o contexto em que ela está inserida, pois, muitas vezes, determinadas regras podem impedir a ocorrência de mudanças na família.

O estabelecimento de uma mudança positiva no sistema familiar também depende de um co-desenvolvimento entre o profissional de saúde e a família. Desse modo, ao ajudar a família a alterar determinada visão ou crença sobre um problema, o profissional irá auxiliá-la na busca das suas próprias soluções e respostas para esse problema. Nesse sentido, somente a compreensão não leva à mudança. Podemos citar como exemplo, uma família que está com um problema. Se ela apenas compreender o que está acontecendo, será difícil provocar uma mudança. Porém, se a família modificar o comportamento e o ponto de vista sobre o problema, possibilitará a ocorrência de uma mudança.

Outra teoria apresentada, para orientar as intervenções na família, é a biologia da cognição, através da qual, entende-se que os seres humanos produzem diferentes visões para compreenderem os acontecimentos e as experiências de suas vidas. Afirma que é possível explicar o nosso mundo através de duas vias: a visão da objetividade, através da qual enxergaríamos o mundo de maneira correta e verdadeira; e a objetividade entre parênteses, que nos faz perceber a existência de mundo, considerando as pessoas como dependentes do sistema da vida que produz a realidade. Refere que nossa produção de realidade ocorre através da linguagem e da interação com o mundo, conosco e com os outros.

Assim, possibilita compreender que o mundo da família é a realidade dela, porém, este mundo também foi criado através da interação com outras pessoas, o que nos faz acreditar que a família está em constante mudança da realidade, pois ela está sempre interagindo no seu meio.

As teorias supracitadas e seus respectivos conceitos auxiliam na compreensão da família, suas mudanças e as diferentes respostas que um sistema familiar pode apresentar.

Através desse entendimento, propomos refletir sobre as relações e mudanças provocadas numa família, considerando que um de seus membros sofre psiquicamente.

Para iniciarmos uma reflexão, devemos analisar, antes de qualquer coisa, o contexto em que a família está inserida, isso inclui sua história e a trajetória pela qual tem passado nestes últimos anos.

Por muito tempo a família foi excluída do cuidado e do tratamento prestado ao doente mental; sendo, muitas vezes, considerada a causadora da doença ou um fator que prejudicava a recuperação do indivíduo.

No século XVIII, Pinel afirmava que o adoecer psíquico estava relacionado à hereditariedade, influência de uma educação corrompida sobre a perda da razão, hábitos e reações afetivas aprendidas, condições orgânicas e influências do ambiente físico e social. Portanto, com o objetivo de recuperar a normalidade das funções mentais das pessoas que adoeciam psiquicamente, Pinel considerava, como principal tratamento, a reeducação no sentido de enquadrar “o comportamento desviante dentro dos padrões éticos”, ou seja, o tratamento moral como forma de impedir ou corrigir os vícios morais (PESSOTTI, 1994, p.160).

Entretanto, para reeducar a pessoa com sofrimento psíquico, deveria afastá-la do seu meio social e familiar, dos quais sofria influências. Esse é o momento que caracteriza o isolamento do doente mental do seu meio habitual para ser diagnosticado e tratado.

Este distanciamento da sociedade e da família como justificativa para tratar a pessoa com sofrimento psíquico deixou cicatrizes profundas na assistência psiquiátrica, refletidas na relação familiar e social. Ainda hoje, encontramos pacientes que moram há décadas nas instituições psiquiátricas devido à ausência de vínculos familiares.

Com o passar do tempo, foram vários os motivos que contribuíram para o afastamento da pessoa com sofrimento psíquico da sua família, como exemplo: a família era considerada a causadora da doença; ter um membro familiar com sofrimento psíquico era visto como vergonhoso para a família; familiares que se interessavam pela recuperação do seu membro adoecido eram convencidos da necessidade do isolamento, ou seja, aqueles que detinham o conhecimento também detinham o poder de ‘sugerir’ o que era melhor para uma pessoa que estava adoecida psiquicamente.

Então, mesmo nessa época de clausura, existiam famílias que questionavam o isolamento e o tratamento moral. Porém, a assistência psiquiátrica postulava este tratamento como uma regra que deveria ser cumprida, não deixando muita escolha para as famílias.

Após a década de 50, a família começou a ser visualizada por um outro ângulo, quando a terapia sistêmica refere que uma pessoa, ao estar doente, pode, na verdade, estar manifestando um problema do sistema familiar. Desse modo, torna-se importante compreender a família para ter um melhor entendimento do membro que, nesse caso, sofre psiquicamente (WRIGHT; LEASHEY, 2004).

Por volta da década de 80, através do movimento da Reforma Psiquiátrica, a família passou a assumir, juntamente com os profissionais de saúde, a responsabilidade pelo cuidado e reinserção do indivíduo na sociedade.

Os movimentos de crítica à assistência psiquiátrica, o fechamento de alguns hospitais psiquiátricos e a criação de dispositivos terapêuticos extra-hospitalares fizeram com que os técnicos revisassem suas teorias e práticas, organizando cenários centrados na interação dos usuários, familiares, técnicos e sociedade (MELMAN, 2001).

Refletindo sobre esta transformação, ou seja, participar do cuidado de seu familiar doente, no qual o preconceito, a exclusão e a incapacidade social são marcos da assistência psiquiátrica, pensamos que acolher e cuidar do doente, torna-se um desafio a ser superado por todos os atores envolvidos nesse processo: usuário, família, equipe e sociedade.

Para a intervenção junto às famílias, o psicodrama, as terapias familiares de abordagem psicanalítica e sistêmica, a antipsiquiatria e intervenções psicoeducativas são tecnologias de atendimento que têm sido desenvolvidas na busca da implementação de parcerias com familiares (MELMAN, 2001).

O psicodrama de Moreno, uma das contribuições pioneiras no campo da terapia familiar, é uma modalidade de terapia grupal que utiliza técnicas adaptadas do teatro. Aplicada à família, pode ser considerada uma metodologia de cuidado, quando todos os integrantes do grupo familiar podem compartilhar suas dificuldades e cada membro do grupo é um agente terapêutico para os demais.

As terapias familiares de abordagem psicanalítica, em linhas gerais, privilegiam a resolução de conflitos interpessoais a partir da elucidação das motivações inconscientes dos membros familiares. Examinam o funcionamento familiar, sua origem, sua natureza e o papel desempenhado na manutenção de um certo nível de estabilidade da estrutura desta família.

A antipsiquiatria foi um movimento que procurou criticar o saber médico psiquiátrico na compreensão e tratamento das doenças mentais como única verdade. Entendia

que a loucura era um fato social e político e, até mesmo, uma experiência de libertação. Fez um discurso radical de crítica às famílias, colocando-as em cena e afirmando que a origem da psicose era resultado da ação danosa das relações familiares. O mérito deste movimento relaciona-se com a denúncia de abandono e exclusão, os quais estavam submetidos os doentes mentais.

As terapias familiares sistêmicas procuram identificar os padrões de interação e de comunicação nos vínculos interpessoais estáveis; analisam as relações da família com os pacientes, vendo-as como um imenso patrimônio de saberes e práticas sobre o tema. Utilizando a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria Cibernética, as terapias familiares sistêmicas exploram as características da família, sua comunicação, padrões de interação, estrutura e estratégias para produzir mudança. As famílias são compostas por pessoas que compartilham significados, sendo terapêutica a construção de um espaço criativo, no qual os membros interrogam-se sobre suas diferentes versões de histórias vividas.

As intervenções psicoeducativas tiveram “por finalidade essencial diminuir ou impedir as recaídas, correlacionando vulnerabilidade individual com fatores de estresse ambiental” (MELMAN, 2001, p. 76). Este modelo propõe as seguintes intervenções familiares: atividades psicoeducativas, intervenção na capacitação da resolução dos problemas cotidianos e nas situações de crise, através do reconhecimento de sinais e sintomas que anunciam a recaída e a resistência ao tratamento. Estas intervenções procuram aumentar o funcionamento social e diminuir a vivência subjetiva de sobrecarga do doente e da família.

O conceito de sobrecarga familiar, nos últimos anos, foi desenvolvido para “definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” (MELMAN, 2001, p. 79). Desse modo, os profissionais de saúde mental devem considerar, em suas intervenções, essa realidade: pacientes psiquiátricos têm grande obstáculo para reproduzir economicamente, sendo dependentes da família; são freqüentes vivências de instabilidade e insegurança emocional, ocasionando conflitos nas relações familiares; o preconceito e estigma levam, muitas vezes, ao distanciamento das atividades sociais.

O conhecimento sobre o conceito de sobrecarga familiar ajuda na intervenção e na gestão da vida cotidiana destas pessoas, facilitando o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminuindo fatores estressantes e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Porém, conforme o autor citado, para construir esse cuidado com relação aos familiares, é necessário um corpo teórico e tecnológico que consiga atingir a complexidade

desse desafio, com linguagens e discursos diversificados, multiplicando as formas de comunicação e conexão com outros saberes e disciplinas.

Na década de 90, cresceu o número de pesquisas sobre a relação da família com o doente mental devido ao debate suscitado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, surgindo uma pluralidade de representações dessa relação, em que a família é compreendida em pelo menos cinco direções: como um recurso, nas estratégias de intervenções; como um lugar de possível convivência do doente mental, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos; como sofredora, pois também é influenciada pela convivência com seu familiar doente; como um sujeito de ação, ator político e construtor da cidadania do doente mental; e como provedora de cuidado, pois a família é o principal agente potencializador das mediações entre o doente mental e a sociedade, constituindo-se num *locus* privilegiado de intervenção e reprodução social (ROSA, 2003).

O movimento da reforma psiquiátrica busca a concretização de um novo modelo de intervenção que possibilite, principalmente, a desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico, o resgate de sua cidadania e a reinserção social. Desse modo, ao pensarmos na transformação do modo asilar, devemos refletir que, em consonância com essa mudança, houve uma enfatização na tomada de responsabilidade da família e da comunidade com os cuidados demandados pela pessoa com sofrimento psíquico, dos quais, muitos eram desempenhados pelos serviços de saúde.

Dentre os anseios da reforma psiquiátrica, a família possui papel fundamental na ressocialização da pessoa com sofrimento psíquico, pois ela vai acolher e intermediar seu familiar na transição da instituição psiquiátrica para a sociedade.

Entretanto, nesse processo, não podemos olhar a família somente pelo ângulo da responsabilidade e, sim, direcionar nossa atenção para também enxergá-la como uma unidade de cuidado, ou seja, ela cuida, mas também precisa ser cuidada.

Considerar a família como unidade de cuidado significa “incluir-la no tratamento, no acompanhamento e no levantamento de intervenções familiares, nem sempre individuais”, é envolver todos os integrantes da família, compartilhar saberes e valorizar experiências, é desconsiderá-la como um instrumento de diagnóstico ou culpada pela doença. “Levar em conta que não só os membros de uma família são interdependentes, mas que a interdependência acontece também com a comunidade e o meio em que vivem” (CURY, 2005, p.87).

A assistência à família, considerando-a como unidade de cuidado, também implica em conhecer como ela cuida dos seus familiares, identificando suas dificuldades e

suas forças. Assim, os profissionais podem utilizar os conhecimentos referentes a cada família para, com ela, refletirem e implementarem ações de promoção à saúde mental dos seus familiares.

Desse modo, na atualidade, os serviços de saúde mental buscam redirecionar suas ações junto aos familiares, mobilizando recursos e redes de sociabilidade a partir do conhecimento das subjetividades do doente e da sua família, buscando reconstruir e dar novos significados nas relações sociais.

A equipe de saúde mental procura olhar a família para além da doença, entendendo os sentimentos experimentados: preocupação, ansiedade, culpa, desconhecimento, tristeza, desesperança, estigmatização entre outros, que deverão ser trabalhados e discutidos, propiciando estratégias e orientações para os familiares conviverem com essa experiência, aprendendo a fazer do sofrimento um desafio a ser vencido e não um problema. Portanto, considerando que o indivíduo se constitui no ambiente familiar, ele não pode ser considerado isolado e, sim, dentro do contexto em que vive.

Visualizamos que as mudanças na assistência psiquiátrica estão em construção, mas entendemos que esse processo não é linear, tem ocorrido com avanços, mas também com retrocessos, pois constitui-se de atores, políticas, valores diferentes e em constante transformação.

Portanto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde mantenham um relacionamento empático, dinâmico e construtivo com os familiares, compartilhando a responsabilidade do cuidado, da recuperação e da reinserção do indivíduo com sofrimento psíquico na sociedade.

A existência de um serviço de saúde mental que abra espaços para discutir e trocar convivências com a comunidade, pode constituir-se num lugar onde trabalhadores, usuários e familiares, possam repensar suas relações, ações e sentidos dados em busca da subjetividade, da inclusão e cidadania dos indivíduos com sofrimento psíquico.

Evidencia-se, assim, que o processo requer discussões das relações entre sujeito, família, equipe e sociedade, buscando sua integração e parceria, oportunizando mais espaços de socialização e de comunicação entre os diversos atores envolvidos numa existência mais significativa de saúde mental. Pensamos que a família adquire e potencializa essa construção conjunta.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresentamos o referencial metodológico, o processo de investigação e a análise dos dados.

Considerando os procedimentos metodológicos, apresentamos, também, os instrumentos utilizados na coleta de dados, a análise dos mesmos e os princípios éticos, aos quais o estudo foi submetido.

4.1 Tipo de Estudo

Este estudo se caracterizou como sendo uma pesquisa descritiva, analítica e do tipo “estudo de caso” com abordagem qualitativa.

Atribui-se o caráter descritivo a esta pesquisa, por apresentar como objetivo primordial, a descrição das características de um determinado grupo, população ou fenômeno; e analítica, por propor a extração de temas a partir dos dados e discussão dos mesmos (GIL, 1999; CERVO; BERVIAN, 1990).

A abordagem qualitativa caracteriza-se por trabalhar com o “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crença e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos” corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 28).

Para responder aos objetivos do estudo, optou-se pela estratégia de pesquisa estudo de caso, pois “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2005, p. 32). Através do estudo de caso, pode-se observar a realidade concreta em funcionamento e com acesso a informações privilegiadas e detalhadas.

Para Lüdke e André (1986), o estudo de caso possui as seguintes características: visa à descoberta, pois o pesquisador estará sempre buscando novas respostas e indagações no desenvolvimento do estudo; enfatiza a interpretação em contexto para uma apreensão e compreensão mais completa do objeto em estudo; busca retratar a realidade de forma completa e profunda, enfatizando a complexidade natural das situações e evidenciando a

inter-relação dos componentes; usa uma variedade de fontes de informação, possibilitando cruzá-las, descobrir novos dados e confirmar ou rejeitar hipóteses; permite generalizações naturalísticas, ou seja, associação de dados encontrados no estudo com experiências pessoais; procura representar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social.

O estudo de caso também poder ser dividido em três fases que se superpõem em diversos momentos na construção do estudo, sendo a primeira fase aberta ou exploratória, caracterizada por ser o momento de especificar e definir as questões e o objeto de estudo. Depois de realizada a delimitação do estudo, o pesquisador procede para a segunda fase, a coleta dos dados. A terceira fase consiste na análise e interpretação sistemática dos dados coletados e conseqüente elaboração do relatório.

Entendendo o trabalho realizado no CAPS como coletivo e em movimento, o qual se constitui e se transforma para satisfazer necessidades dos diferentes atores. Buscamos, através do estudo de caso, conhecer a multiplicidade das ações e situações realizadas ou não para a inserção da família no cuidado em saúde mental.

4.2 Campo de Estudo

O universo eleito para a coleta dos dados foi o Centro de Atenção Psicossocial II Fragata (CAPS II Fragata) localizado na cidade de Pelotas - RS.

A escolha foi intencional, porque esse serviço apresenta-se estruturado de acordo com as políticas atuais preconizadas pela assistência de saúde mental no Brasil, possibilitando assim, explorar as questões desta pesquisa. Além disso, foi neste CAPS que realizei meu estágio complementar e monitoria durante a graduação em Enfermagem.

O Estado do Rio Grande do Sul possui 496 municípios, a cidade de Pelotas é um deles com uma população estimada de 342.513 mil habitantes. O município possui Gestão Plena do Sistema, com três Centros de Saúde, 54 Unidades Básicas de Saúde e seis hospitais, totalizando 1425 leitos hospitalares que prestam assistência para o município/ região e destes, 1098 são disponíveis ao Sistema Único de Saúde (SUS) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Pelotas consta, de acordo com as estatísticas dos Serviços de Saúde 2002-2003, 142 estabelecimentos de saúde, sendo que 59 são estabelecimentos de saúde públicos e 83 são privados. Deste total, 92 estabelecimentos prestam serviços ao SUS e 78 possuem

atendimento particular (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

O município também faz parte da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e sua rede de atenção em saúde mental tem priorizado o atendimento extra-hospitalar, “sendo destaque em todo o país e no Rio Grande do Sul por ter a maior rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”, possuindo seis CAPS II¹³ e 1 CAPSad¹⁴ cadastrados de acordo com a Portaria n° 336/02 do Ministério da Saúde (LAUTENSCHLÄGER, 2004, p. 7).

Pelotas é dividida em Áreas Administrativas. O bairro Fragata é denominado de Área Administrativa E, tendo uma população de 73.674 mil habitantes.

O CAPS II Fragata é responsável pelo atendimento dos moradores deste bairro, que compreende o perímetro urbano da Rua Juvenal Silveira da Silva, Av. Dom Pedro I, Av. Duque de Caxias, BR 392, BR116, Rua Herbert Hadler, Rua Carlos Gotuzo Giacoboni, Vila Governação, Vila Verona e Passo do Salso.

4.3 Sujeitos do Estudo

Na abordagem qualitativa de pesquisa o critério de inclusão não é numérico, preocupa-se “menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação”, devendo ser identificado os sujeitos que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno em estudo, sendo fundamental ter informantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças (MINAYO, 2004, p.102). Assim, definiu-se como sujeitos do estudo: a equipe multiprofissional, a família e os usuários.

Na equipe multiprofissional, o critério de escolha foi a representação de um profissional por categoria e, nos casos que houveram mais de um profissional, o critério foi o de maior tempo de serviço no CAPS.

¹³CAPS II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período funcionando até 21 horas (BRASIL, 2004b).

¹⁴Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substância psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 (BRASIL, 2004b, p. 35).

Assim, a equipe multiprofissional foi representada por 10 (dez) sujeitos da pesquisa: um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um psicólogo, um psiquiatra, um assistente social, um artista formado em Artes Plásticas, um artista formado em Música, um professor de Educação Física, um recepcionista e um artesão.

Em relação aos familiares, foram seis convidados tendo como critério a participação no serviço e antigüidade. Destes, três familiares não participavam e três participavam ativamente do cotidiano do serviço.

Em relação aos usuários, foram considerados como critérios de inclusão estarem vinculados ao CAPS há mais de um ano, terem boas condições de comunicação e a modalidade de atendimento: dois intensivos, dois semi-intensivos e dois não intensivos, totalizando seis sujeitos.

4.4 Coleta de Dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: a observação e a entrevista semi-estruturada.

A observação, de acordo com Lüdke e André (1986), possibilita ao pesquisador ter um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado. Este instrumento permitiu uma experiência direta com os sujeitos do estudo e com os eventos dentro do estudo de caso.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro e novembro de 2005. Inicialmente, fizemos contato telefônico com a Coordenadoria Municipal de Saúde Mental para pedir uma autorização prévia. Após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Apêndice A), entregamos uma cópia à coordenadoria. No dia 07 de outubro, recebemos autorização do Coordenador de Saúde Mental em exercício para a realização do estudo. Imediatamente, solicitamos autorização da Coordenadora do CAPS II Fragata.

Desse modo, iniciamos as observações no dia 10 de outubro até o dia 27 do mesmo mês, seguindo rigorosamente todos os dias da semana. Elas ocorreram num período de 80 horas, cobrindo todos os turnos e atividades desenvolvidas no CAPS onde os familiares estavam presentes.

O registro das observações se deu através das anotações de campo de natureza descritiva, tipo de registro descrito por Triviños (1987) que compreende a descrição dos

comportamentos, ações, atitudes e traços concretos dos sujeitos, nunca abstratos; descrição do meio físico e das atividades específicas que se desenvolvem no local do estudo (APÊNDICE B).

As observações, na apresentação dos resultados, são especificadas com a letra O e o número de acordo com a ordem cronológica de realização, sendo referenciadas da seguinte forma: O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11 e O12.

Com o propósito de enriquecer os dados da investigação, foram realizadas, no final do mês de outubro e durante o mês de novembro, entrevistas gravadas do tipo semi-estruturada com os profissionais do CAPS (Apêndice C), com familiares (Apêndice D) e usuários (Apêndice E), contendo dados de identificação e questões norteadoras referentes ao estudo.

Segundo Minayo (2004), a entrevista semi-estruturada contém perguntas fechadas e abertas, que possibilitam ao entrevistador conversar sobre o tema proposto, sem precisar seguir rigorosamente as perguntas.

Após uma breve explicação do objetivo do estudo e do aceite do sujeito para participar da pesquisa, as entrevistas eram agendadas e realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados.

Em relação às entrevistas, um sujeito não aceitou a gravação, sendo feito um registro manual no decorrer da entrevista.

Para a redação das entrevistas, foram utilizadas as seguintes especificações, buscando manter o anonimato:

- a) (EP_), entrevista do profissional e número de acordo com a ordem crescente de realização;
- b) (EF_), entrevista do familiar e número de acordo com a ordem crescente de realização;
- c) (EU_), entrevista do usuário e número de acordo com a ordem crescente de realização.

Desse modo, as entrevistas dos profissionais foram referenciadas da seguinte forma: EP1, EP2, EP3, EP4, EP5, EP6, EP7, EP8, EP9, EP10. Em relação às entrevistas dos familiares e usuários, as denominações foram, respectivamente, EF1, EF2, EF3, EF4, EF5, EF6 e EU1, EU2, EU3, EU4, EU5 e EU6.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice F), permanecendo uma via conosco e outra para o sujeito do estudo.

4.5 Análise dos Dados

Como técnica para a análise dos dados, propus a Análise Temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2004, p. 209).

Esta análise apresentou três etapas:

a) Pré-Análise: primeiramente foi realizada a leitura flutuante, que consistiu na leitura exaustiva e organização do material de acordo com a representatividade, homogeneidade e pertinência, objetivando responder questões teoricamente colocadas. Nesta fase, foram categorizados e codificados os conceitos teóricos mais gerais da análise com palavras chaves ou frases.

Tivemos a clareza de que dados não falam por si mesmos, são construídos com questionamentos e fundamentação teórica, exigindo inúmeras leituras do material para identificar as idéias centrais das falas dos entrevistados.

b) Exploração do Material: nesta etapa, foram realizadas a classificação e a agregação dos dados, identificando as categorias que comandarão a especificação dos temas.

Assim, constituíram-se os seguintes temas: inserção da família, estratégias para a inserção familiar e a vivência do estigma da doença mental.

c) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: na interpretação dos resultados, procuramos articular os temas encontrados com o referencial teórico e objetivo do trabalho.

4.6 Considerações Éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após aprovação, foi solicitado ao Coordenador de Saúde Mental do município de Pelotas (Apêndice G) e ao Coordenador do CAPS Fragata (Apêndice H) autorização para iniciar a pesquisa, informando os objetivos e os princípios éticos deste estudo.

Posteriormente às autorizações aprovadas, os profissionais, mediante reunião de equipe, e os familiares e usuários, através de duas Assembléias, que ocorreram no CAPS em estudo, foram convidados a participar da pesquisa. Tanto na reunião de equipe, quanto nas assembléias foram especificados: os objetivos do estudo, os princípios éticos e a metodologia da coleta de dados. Os participantes foram convidados a assinarem o termo de consentimento livre e informado (Apêndice F), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pois esta pesquisa, por envolver seres humanos, atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais como a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 1996).

A partir da publicação dos resultados da pesquisa, as fitas cassetes com as gravações das entrevistas e os registros das observações serão guardadas por cinco anos e inutilizadas após este prazo, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9.610/98 (BRASIL, 1998).

5 O CAPS FRAGATA

O Centro de Atenção Psicossocial Fragata (CAPS II), encontra-se na Avenida Duque de Caxias, nº 1120, Bairro Fragata, cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul.

O CAPS iniciou suas atividades em 1992, como Serviço de Atenção à Saúde Mental da Unidade Básica de Saúde Virgílio Costa, atendendo um grupo de pessoas que faziam uso de psicofármacos e que pertenciam a uma antiga unidade de saúde.

Conforme a demanda aumentava, as atividades foram se diversificando, através da participação voluntária de membros da comunidade e de estudantes estagiários do Instituto de Letras e Artes da Universidade Federal de Pelotas.

O espaço oferecido dentro da Unidade Básica já não era mais suficiente para o crescente número de pessoas que participavam das atividades. Então, em 1996, foi inaugurado um espaço próprio para as atividades de atenção a saúde mental, ao lado do prédio da Unidade Básica de Saúde, o qual passou a ofertar serviços diários através de oficinas, visitas domiciliares, atendimento em grupo e individual entre outros.

Através de reivindicações de usuários, familiares e profissionais, em janeiro de 2002, e com o apoio da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar, o serviço de saúde mental se transferiu para um prédio próprio, onde se encontra atualmente.

A inauguração do novo prédio e do atual CAPS II Fragata, ocorreu em 25 de abril de 2002, com a presença do Coordenador Nacional da Política de Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado.

Atualmente, o CAPS se localiza numa casa de dois pisos com um pátio amplo e arborizado.

O prédio é constituído de 22 peças, o primeiro piso possui uma sala que é usada para a recepção dos usuários e seus familiares; duas salas, para consultas com psiquiatra e psicólogo; uma sala ampla para oficinas, mas também é usada para o café da manhã dos usuários, para a realização de assembleias e reuniões da equipe multiprofissional; uma sala de procedimentos de enfermagem; um amplo saguão disponibilizado como sala de espera; uma sala utilizada para lanche e para oficinas; uma sala para a oficina de marcenaria; uma sala pequena; uma sala na qual os profissionais fazem o lanche; uma cozinha; um banheiro e um porão, onde são guardados os materiais e trabalhos feitos na oficina de marcenaria.

No segundo piso, as peças que o compõe são: um banheiro; três salas pequenas; uma sala ampla para assistir televisão e para a oficina de música, e quatro salas para a realização de grupos, oficina de pintura, consultas com a psicóloga e assistente social.

Esta casa, que é alugada pela Prefeitura Municipal de Pelotas, foi construída por volta das primeiras décadas do século XX, contando com a beleza e requinte da arquitetura da época. Contudo, o decurso do tempo e sua impiedosa ação causaram algumas conseqüências, ou seja, nos últimos meses, a instalação elétrica da casa tem sofrido alterações decorrentes do tempo de uso e do material que foi utilizado na época para fazer a instalação elétrica.

Quando chove, pode-se perceber inúmeras goteiras de tamanhos significativos, deixando determinados lugares com água empoçada. Os fios da eletricidade, em contato com a água da chuva e devido ao tempo de utilização, sofreram erosão em determinados pontos, fazendo com que algumas paredes da casa apresentassem descargas elétricas.

Esta situação foi comunicada à Coordenadoria Municipal de Saúde Mental e, diante da gravidade, foram declaradas condições precárias de uso, a partir de então fizeram isolamento de algumas peças que apresentavam um alto nível de descarga elétrica. No entanto, foi recomendado que evitassem o uso do segundo piso e das demais salas, pois toda a casa apresentava risco para a ocorrência de descarga elétrica.

Esse isolamento foi uma medida improvisada para o momento. Entretanto, faz seis meses que aconteceu esta avaliação e, neste tempo, os profissionais continuaram usando a casa, inclusive peças como a cozinha, que foi considerada de alto risco. Alguns profissionais do CAPS foram, por conta própria, procurar uma casa para alugar, mas não acharam uma que comportasse a demanda que o serviço exige.

Revolta e indignação são palavras de ordem num momento em que técnicos, usuários e familiares, atores inseridos diariamente numa luta buscando o ‘não’ aos manicômios e o ‘sim’ pela desinstitucionalização, necessitam enfrentar uma barreira explicitamente caracterizada pela deficiência das ações dos poderes públicos locais.

Notadamente insuficientes, tem sido as ações tomadas pelos poderes públicos de todas as esferas, no tocante as políticas de implementação das diretrizes e metas apregoadas pela assistência em saúde mental, visto que, o espaço físico mínimo necessário para o funcionamento do CAPS encontra-se em risco e sem uma intervenção adequada e de responsabilidade.

O CAPS II Fragata é reconhecido como um serviço de atenção em saúde mental ordenado pela lógica não manicomial, onde os recursos extra-hospitalares são o suporte de um

modelo de tratamento centrado na relação terapeuta-paciente, sustentado pelo respeito aos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.

Este serviço orienta-se de acordo com a modalidade definida na Portaria nº 336 de 2002, a qual determina que o CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atender uma população entre 70.000 (setenta mil) e 200.000 (duzentos mil) habitantes, com o funcionamento em dois turnos, das oito às 18 (dezoito) horas, cinco dias úteis na semana, podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até às 21 (vinte e uma) horas. O serviço, com esta modalidade, deve desenvolver as seguintes atividades: atendimento individual, em grupo e oficinas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e refeições para os usuários assistidos no serviço.

A equipe técnica mínima para o funcionamento do CAPS II, de acordo com a Portaria nº 336/02, é composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior, podendo ser: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, que podem ser necessários ao projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio: técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A partir do estabelecido nesta Portaria, e verificada a necessidade de identificar e acompanhar os usuários dos serviços de saúde mental, constituiu-se a Portaria nº 189/02, a qual acrescentou novos procedimentos ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, assim como, regulamentou os instrumentos e formulários utilizados através do Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC-SAI. Este documento justifica a solicitação dos procedimentos e limita, na modalidade de CAPS II, o atendimento para 45 usuários intensivos, 75 usuários semi-intensivos e 100 usuários não intensivos.

A equipe multiprofissional do CAPS é composta, atualmente, por dois psiquiatras, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma assistente social, três psicólogas, dois educadores físicos, uma artista plástica, uma artesã, três oficiais administrativos, três merendeiros, três guardas-municipais e um auxiliar para serviços gerais. O CAPS, também, é campo de estágio para faculdades de graduação e pós-graduação das Universidades Federal e Católica de Pelotas (Psicologia, Enfermagem, Música, Artes Plásticas) e demais regiões, assim como para o curso Técnico em Enfermagem.

O trabalho da equipe multiprofissional do CAPS é orientado de acordo com a interdisciplinaridade, ou seja, busca uma descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe.

O CAPS II Fragata também orienta seu funcionamento de acordo com a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Assim como, fundamenta suas práticas de acordo com a Portaria nº 224 de 1992, a qual estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental, dentre as quais destacam-se: acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde, participação social e a universalidade, hierarquização e regionalização como princípios na organização dos serviços.

Com base no modo psicossocial, o CAPS preconiza, como uma das suas metas, a desinstitucionalização, amparada por um processo prático de desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim, na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive.

Os objetivos gerais propostos por este serviço, de acordo com o projeto terapêutico (Anexo B), são: reinclusão das pessoas com sofrimento psíquico na família, na comunidade e na vida produtiva, através da recuperação da auto-estima e reestruturação dos vínculos; prevenção da cronificação de casos novos através de intervenções no início da situação de crise.

Dentre os objetivos específicos, destacam-se: tratar transtornos psicogênicos e organogênicos cronificados sob a forma clinicamente reconhecida de doença mental; oferecer contenção para surtos psicóticos e/ou crises vitais, resgatando as possibilidades de crescimento pessoal a partir delas; prevenir repetidas internações psiquiátricas, evitando afastamento da família e rompimento dos vínculos; preservar a identidade e integridade da pessoa em crise, prevenindo a exposição e estigmatização; estimular o redimensionamento crítico das relações consigo e com a família, com o trabalho, com a vizinhança, sexualidade e política; auxiliar na promoção da cidadania e na construção coletiva do bem-estar, descobrindo novas potencialidades, possibilitando interesse pelo trabalho e estímulo à vida produtiva; comprometer os familiares em todo o programa a fim de que eles também façam parte do processo de reabilitação e mobilizar recursos existentes na comunidade para integração no serviço (ANEXO B).

Além dos objetivos citados, o serviço também se caracteriza pela proposta de reabilitação psicossocial, manifestada através de um conjunto de atividades capazes de

oportunizar a recuperação do indivíduo e minimizar os efeitos desabilitadores da cronificação das doenças.

Quanto aos critérios de alta no serviço, esses são discutidos pelos profissionais durante a reunião de equipe, quando é avaliado se o usuário superou as dificuldades que motivaram a busca pelo atendimento, e se o mesmo está preparado para lidar com as demandas da sua vida diária. Mesmo o usuário recebendo alta, ele poderá permanecer no serviço com algum tipo de vínculo, semanal, quinzenal ou mensal (exemplo dos grupos e/ou tratamento medicamentoso de manutenção).

Visto que uma das diretrizes da assistência em saúde mental garante a universalidade da atenção, o CAPS II Fragata realiza o atendimento a todos que apresentarem encaminhamentos de hospitais, das unidades básicas de saúde, de escolas entre outros.

Atualmente, o CAPS Fragata faz o atendimento de alta complexidade/custo, conforme o estabelecido na Portaria nº 189/02. Entretanto, para um melhor entendimento do total de atendimentos realizados no serviço, fizemos uma contagem manual nas listas de frequência entre os meses de novembro de 2004 e outubro de 2005, a frequência mensal dos usuários, que compreendem todas as modalidades de atendimento ofertadas pelo serviço, variou de 726 a 1659, e os atendimentos ambulatoriais realizados através das fichas de atendimento (FA), variaram entre 74 e 209, como podemos verificar no Quadro 2.

MÊS/ANO	FREQÜÊNCIA	FICHA DE ATENDIMENTO
Novembro/2004	1134	123
Dezembro/2004	728	102
Janeiro/2005	779	165
Fevereiro/2005	726	74
Março/2005	1115	155
Abril/2005	958	209
Maió/2005	997	164
Junho/2005	1014	139
Julho/2005	1146	192
Agosto/2005	1659	197
Setembro/2005	1082	116
Outubro/2005	960	107

Quadro 2 - Relação das frequências dos usuários e dos atendimentos realizados no CAPS II Fragata, de acordo com o mês e o ano.

Esse quadro nos mostra a alta demanda do CAPS Fragata e a limitação dos recursos financeiros considerando os valores recebidos das APACs, fato que também contribui na insuficiência da gestão e autonomia do serviço.

O acesso ao serviço se dá através do acolhimento. No primeiro momento, a recepcionista irá agendar um horário para a pessoa ser atendida por um profissional da saúde

ou, dependendo da urgência do quadro apresentado pelo indivíduo, o técnico responsável pelo turno realiza o acolhimento, avaliando a situação atual e pregressa com o objetivo de minimizar o sofrimento apresentado no momento.

Desse modo, os profissionais devem, no acolhimento,

adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente para não incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as necessidades de saúde (BRASIL, 2004a, p. 14).

Entendendo que acolhimento não significa a total resolução dos problemas referidos pelo usuário, mas sim uma atenção dispensada na relação profissional/usuário envolvendo a escuta, a valorização das queixas, a identificação de necessidades e um encaminhamento adequado para a resolução das demandas identificadas, descrevemos uma observação que ilustra o significado de acolhimento na prática cotidiano do CAPS:

Uma usuária chegou nervosa ao serviço, logo que entrou, começou a chorar. A assistente social fez um atendimento a usuária e depois a levou para a sala de enfermagem. Passando um tempo, a usuária falou que sua madrasta queria interná-la, porque não a agüentava mais em casa. Assim que o quadro da usuária se agravou com náuseas, vômitos e um choro desesperador, a assistente social chamou o pai da usuária para comparecer no CAPS. Logo em seguida, ele chegou ao CAPS preocupado, relatando que no final de semana tinha a levado ao hospital psiquiátrico, devido sua ansiedade, nervosismo e dor no estômago. Nesse hospital, a usuária consultou e foi encaminhada para uma avaliação com o profissional psiquiatra que ela faz tratamento. Mas hoje, pela manhã, não havia psiquiatra no CAPS. Conforme a manhã passava, o quadro da usuária piorava, chegando a conclusão de que o quadro era clínico e não psicológico. Então, a psicóloga que estava acompanhando a usuária, nesse momento, pediu para que a recepcionista chamasse a ambulância do Pronto Socorro. Como o telefone do CAPS não estava funcionando, a recepcionista comprou um cartão telefônico para ligar de um telefone público. Assim que conseguiu ligar para o Pronto Socorro, ficou sabendo que a ambulância só estaria disponível à tarde. Então, a recepcionista ligou para a SAMU, mas o carro não estava liberado. Assim, formou-se um dilema entre a equipe quando a psicóloga perguntou: - Como vamos levá-la até o pronto socorro? A usuária e seu familiar não tinham condições de pagar um táxi. Então, a psicóloga pediu para que ligasse para a coordenadora do CAPS, que estava em outra cidade, para perguntar o que deveria ser feito diante de tal situação. Quando a recepcionista conseguiu falar com a coordenadora, a mesma pediu para que ligasse para a secretaria de saúde e para o coordenador de saúde mental do município. A recepcionista ligou conforme pedido da coordenadora, mas a secretaria de saúde iria funcionar somente à tarde e o coordenador de saúde mental não estava, mas sua assessora falou que faria o possível para conseguir um transporte para a usuária. Era quase meio-dia quando terminou o grupo de psicofármacos que estava sendo realizado pela assistente social, a qual, ao

avaliar a situação frente à ausência de alternativa, levou a usuária e seu pai para o Pronto Socorro em seu carro particular (O4).

Essa observação nos mostra o envolvimento da equipe na escuta/necessidade da usuária e na busca de uma resolução para sua queixa, evidenciando, desse modo, a acolhida do CAPS. Por outro lado, a observação também aponta a dificuldade relacionada com os recursos materiais para a concretização da assistência prestada ao usuário e seu familiar, em que os profissionais do serviço utilizam seus próprios recursos para encaminhar o atendimento, demonstrando responsabilidade e comprometimento com a proposta de trabalho direcionada a integralidade do cuidado, oferecendo uma assistência eficaz.

Os acolhimentos do serviço são relatados na reunião de equipe, que ocorre semanalmente, na qual são avaliados e discutidos o atendimento necessário a pessoa acolhida.

Dentro do projeto terapêutico do CAPS II Fragata, o atendimento individual é oferecido aos usuários e familiares com o objetivo de orientar, apoiar ou de acompanhar o tratamento medicamentoso. Durante o atendimento, o profissional analisará as necessidades do usuário e poderá encaminhá-lo a participar de um grupo, o qual pode ser de orientação e apoio (grupo de psicofármacos), operativo-comunitário (grupo de familiares), terapêutico-psicoterápico (grupos de mulheres, de qualidade de vida, de jovens) e na modalidade de intervenção socioterápica (oficinas terapêuticas).

O Quadro 3, a seguir, apresenta as atividades desenvolvidas no CAPS Fragata:

	MANHÃ	TARDE
SEGUNDA-FEIRA	Oficina de artes; Grupo de psicofármacos; Visita domiciliar (mensal).	Oficina de educação física; Oficina de artes; Grupo de mulheres (quinzenal); Atendimento individual (psiquiatra).
TERÇA-FEIRA	Grupo de qualidade de vida; Oficina de artes; Oficina de educação física; Grupo de qualidade de vida para familiares (quinzenal).	Grupo de expressão; Grupo de psicofármacos; Oficina de artes; Oficina de música. Estas atividades são quinzenais, ou seja, numa terça-feira são as atividades citadas e na outra são: grupo focal breve; grupo light; grupo de família.
QUARTA-FEIRA	Reunião da equipe multiprofissional	Oficina de artes; Atendimento individual (psicóloga).
QUINTA-FEIRA	Grupo de psicofármacos (mensal); Grupo jovem (quinzenal); Grupo de expressão (mensal); Oficina de educação física;	Assembléia para os técnicos, usuários, familiares e membros da comunidade; Grupo de psicofármacos; Grupo de expressão;

	Oficina de artes.	Oficina de artes.
SEXTA-FEIRA	Grupo de psicofármacos; Grupo de mulheres.	Oficina de artes (quinzenal); Atendimento individual (psiquiatra).

Quadro 3: Atividades desenvolvidas no CAPS II Fragata.

O CAPS II Fragata tem dois psiquiatras, porém, no início da coleta dos dados contava com apenas um para atender as demandas do serviço. Essa situação foi resolvida durante o período da coleta com a chegada de outro psiquiatra.

Nos dias em que o serviço permaneceu com um psiquiatra, os profissionais da equipe se organizaram para realizar algumas atividades que eram de responsabilidade do psiquiatra ausente. Dentre estas atividades, uma foi o grupo de psicofármacos, o qual é realizado por um psiquiatra e um profissional da equipe. Esse grupo tem o objetivo de acompanhar, orientar e avaliar se o usuário está se adaptando com a medicação. Caso o usuário não esteja apresentando resultado ou a medicação esteja causando efeitos colaterais, se faz alterações nas dosagens ou no psicofármaco (O1).

O fato de alguns dos grupos de psicofármacos, neste período, não terem sido realizados por um profissional psiquiatra, gerou questionamentos nos usuários e familiares, pois estes apresentavam dificuldades em aceitar que o grupo fosse coordenado por outro profissional da equipe do CAPS:

participamos de um grupo de psicofármacos que sempre é realizado pelo psiquiatra e outro profissional da saúde. Neste dia, o psiquiatra não compareceu e o outro profissional da saúde realizou o grupo. Alguns usuários, ao perceberem que o psiquiatra não estava, foram se retirando e, segundo a fala de um deles “não adianta participar do grupo porque a [...] enfermeira não pode fazer as receitas dos medicamentos”. O usuário está correto na sua afirmação. Porém, parece que o objetivo do grupo não estava claro para os usuários, ou seja, acompanhamento/orientação da medicação para posteriormente entregar as receitas. O profissional poderia ter reforçado o objetivo do grupo de psicofármacos, salientando que sua finalidade não é somente entregar receitas de medicamentos, esclarecendo que se houvesse problemas com a medicação, seria agendada uma consulta individual com o profissional psiquiatra. Não estava claro o propósito do grupo, assim como, o trabalho dos demais profissionais (O2).

Essa situação demonstra algumas das dificuldades enfrentadas no trabalho interdisciplinar, associado à não clareza do objetivo do grupo de psicofármacos e a hegemonia do trabalho médico na saúde.

O trabalho em equipe no CAPS constitui-se dos diversos saberes e práticas profissionais. Os conceitos de núcleo e de campo, propostos por Campos (2000), podem contribuir para a implementação do trabalho interdisciplinar. O núcleo comporta a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo representa um espaço de limites

imprecisos, no qual as profissões e disciplinas se interfluenciariam para uma ajudar e apoiar a outra.

No momento em que os saberes e as práticas do núcleo estão concentrados em um profissional, o campo aparece com limites identificáveis, dificultando a realização de uma prática interdisciplinar, o que resulta em uma intervenção de saberes e práticas institucionalizadas, que enfraquecem a produção de saúde, caso observado com o grupo de psicofármacos.

O grupo de psicofármacos tem o objetivo de esclarecer e acompanhar o uso da medicação, frente à postura de alguns usuários, que se retiraram por não estar presente o médico psiquiatra, pensamos que a proposta desse encontro não estava clara. Associado a isso, o saber médico ainda se encontra hegemônico nas práticas assistenciais de saúde, ou seja, esse saber é dominante na saúde e na sociedade, influenciando no cotidiano do serviço, pois o médico é mais valorizado pelos usuários e familiares.

As oficinas de artes são atividades que também compreendem a modalidade de atenção do CAPS. Estas oficinas são orientadas por uma artista plástica e uma artesã, as quais são responsáveis por coordenar, planejar e executar as atividades. As oficinas têm o objetivo de ajudar o usuário, quando este apresentar dificuldade relacionada à sua capacidade produtiva, possibilitar-lhe o resgate da auto-estima, a inserção social e familiar, trabalhando a criatividade de expressão e o estabelecimento de vínculos. O usuário será vinculado às oficinas através do seu plano terapêutico individual, podendo participar de mais de uma oficina, caso se interessar pelas atividades desenvolvidas.

Essas oficinas ocorrem em todos os dias da semana e turnos, menos na sexta-feira pela manhã. Esta é uma atividade na qual os usuários gostam de participar, manifestando interesse mesmo quando a atividade não está planejada para o dia, como demonstra a observação a seguir:

às 9 horas foi servido o café da manhã. Na sala de oficinas, tinha usuários esperando para fazer alguma atividade, mas como hoje não era o dia de oficina de artes, após terem tomado o café da manhã, alguns foram embora (O3).

Em outra observação:

às 9 horas foi servido o café da manhã. Após, permaneceram na sala, os usuários que iriam participar da oficina de artes. Depois de um tempo de espera, a recepcionista avisou aos usuários que a oficina de artes não iria acontecer, porque a profissional responsável pela atividade não poderia comparecer. Então, alguns usuários foram embora e outros permaneceram no CAPS para conversar e tomar chimarrão com outros usuários (O4).

Essa situação foi levada para discussão na reunião de equipe, pois

o horário da oficina de artes não estava sendo cumprido, já que os profissionais responsáveis não compareciam ao serviço há mais de uma semana e não haviam justificado suas faltas. Na reunião, foi solicitada sistematização e continuidade das oficinas de artes, visto que as sucessivas faltas das responsáveis por elas ocasionaram irritação e sentimento de descaso por parte dos usuários, que tem essa atividade como item do plano terapêutico (O6).

O fato de algumas atividades propostas pelo serviço não serem executadas conforme o planejado pode ocasionar a evasão de alguns usuários e um descontentamento, pois fica a impressão que há falta de seriedade dos profissionais frente à proposta de trabalho. As atividades do plano terapêutico do usuário, assim como as do serviço, devem ser encaradas com responsabilidade pelos profissionais, porque a dedicação e o comprometimento da equipe reflete no cuidado com o usuário e família, facilitando a construção de vínculo, a adesão e a integração entre esses atores envolvidos.

Após o combinado na reunião de equipe pela manhã, observamos que:

neste mesmo dia, à tarde, foi realizada a oficina de artes para os usuários. Porém, a oficina começou com uma hora de atraso, pois o profissional chegou atrasado, dizendo que havia saído muito tarde da reunião que tinha ocorrido pela manhã. Imediatamente, outro profissional frisou que todos os presentes na reunião saíram tarde e, isso não foi motivo para que as atividades não fossem iniciadas no horário previsto. Dessa forma, o ambiente de trabalho ficou tenso e, durante toda tarde, os técnicos falaram pejorativamente uns dos outros, demonstrando que as relações interpessoais são permeadas por conflitos que dificultam a interdisciplinaridade no trabalho (O6).

A concretização de um trabalho interdisciplinar propõe um profissional disposto a discutir, a dialogar, a estar aberto para o entendimento e para troca de conceitos das diferentes áreas do conhecimento. Nesse sentido, a humildade é uma das condições necessárias para a busca da parceria no trabalho interdisciplinar, na qual o profissional precisa estar ciente de que não é o detentor do saber (COSTA; CREUTZBERG, 1999).

Assim, “a interdisciplinaridade busca a construção de um saber e de uma prática que considera a interação das diferentes disciplinas, sem perda de suas especificidades”, possibilitando o olhar e o pensar o sujeito na sua totalidade e oportunizando um crescimento pessoal dos profissionais, na medida em que os mesmos precisam romper as barreiras das disciplinas para ampliarem suas visões de mundo (COSTA; CREUTZBERG, 1999, p. 67).

Porém, a existência de conflitos entre os profissionais que compõe a equipe impede, muitas vezes, a comunicação e a interação, fato que pode resumir as relações

interpessoais à mera cordialidade e um trabalho com ações de forma isolada (PEDUZZI, 1998).

O CAPS, distinto por práticas assistenciais procedentes de um trabalho coletivo, representa um local de conflito, no qual há uma articulação de diferentes idéias que reproduzem modos de agir e de pensar representantes de uma ideologia dominante. (OLSCHOWSKY, 2001).

A observação apresentada mostra a subjetividade do trabalho no CAPS, que se constitui através das constantes interações entre a equipe na execução das atividades. Assim, caracteriza-se pela troca, que requer compartilhamento de diferentes olhares, sendo necessário que os profissionais estejam dispostos a repensar suas ações, tenham disponibilidade para ouvir e enfrentar as barreiras, dando voz à equipe, usuário e família. Nesse sentido, o desafio é buscar uma ação coletiva em que haja reconhecimento das diversas intervenções para a construção de um consenso no enfrentamento do conflito.

O CAPS II Fragata, também, possui atividades de caráter comunitário, ou seja, a comunidade é convidada a participar de festas, apresentações em eventos, exposição de pinturas, feiras entre outros. Assim como, os usuários e familiares do serviço também são convidados a participarem de outras atividades organizadas pela comunidade, por outros CAPS e eventos como seminários, palestras e conferências. Alguns usuários participam efetivamente através de funções e cargos na Associação dos Usuários, os quais estão sempre presentes nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, caracterizando um grupo organizado, que se destaca na parceria das práticas de atenção psicossocial, participando e fazendo reivindicações através de manifestações na busca dos interesses dos usuários dos serviços substitutivos.

O acolhimento e as atividades de visita domiciliar, atendimento individual e em grupo de família, configuram-se como atividades de atenção à família do usuário.

Na observação abaixo, relatamos uma das intervenções junto ao usuário e família:

Uma usuária chegou à recepção pedindo atendimento com a psiquiatra. A recepcionista disse que a psiquiatra com quem ela fazia tratamento não estava, mas havia outro psiquiatra e uma psicóloga. Em seguida, a recepcionista perguntou porque a usuária queria um atendimento com a psiquiatra. Então, a usuária começou a chorar e falou que na véspera havia tomado vários comprimidos de *diazepan*, pois não queria mais viver. A recepcionista pediu à usuária que aguardasse no saguão, pois a psicóloga estava realizando outro atendimento. A usuária sentou no saguão, mas logo levantou e se dirigiu para a parte dos fundos do CAPS, onde fica localizada uma sala para os profissionais fazerem o lanche. No momento, estavam fazendo lanche duas merendeiras, a guarda e a auxiliar de serviços gerais, quando a usuária se aproximou da sala e pediu uma faca ou uma tesoura. A

merendeira, ao mesmo tempo em que negou a faca para a usuária, atirou a faca que estava em cima da mesa no chão. Porém, rapidamente a usuária pegou outra faca que estava também em cima da mesa. Ainda em tempo, a auxiliar de serviços gerais conseguiu dominar a usuária, agarrando-a com força. Em seguida, a psicóloga e o psiquiatra comparecerem ao local e levaram-na para outra sala. Após uma hora de atendimento, a usuária foi liberada, com o compromisso de voltar à tarde. A psicóloga contou que na sala, durante o atendimento, a usuária pegou uma caneta que estava em cima da mesa e começou a se agredir. Já eram 15h da tarde e a usuária ainda não havia comparecido ao serviço. Então, conversei com a psicóloga, que não era a mesma do turno da manhã, e decidimos ligar para a família. A familiar, irmã da usuária, disse que faria o possível para comparecer Ao CAPS. Entretanto, estava quase terminando o turno - 18h - quando chegaram a mãe da usuária e sua sobrinha. A psicóloga e a enfermeira conversaram com elas, colocando o que tinha acontecido com a usuária e falaram sobre o motivo que fez a usuária pensar em suicídio - o esposo a agredia sexualmente e, rotineiramente, quebra utensílios domésticos. Diante da situação, os familiares pareciam não estar preocupados. Tanto a mãe quanto a sobrinha apenas falavam sobre a filha da usuária de cinco anos, pois se acontecesse algo com a usuária, ou seja, seu falecimento, não teria alguém para cuidar da criança. Nesse momento, as profissionais ficaram surpresas com a preocupação da família com a filha da usuária, caso sua tentativa de suicídio tivesse êxito. Os familiares pareciam não estar preocupados com o risco de suicídio da usuária, momento em que a sobrinha da usuária, adolescente, falou 'fez filho no mundo, agora tem que criar'. A partir desse instante, as profissionais fizeram inúmeras tentativas de esclarecimento da situação e as orientaram quanto à importância da ajuda familiar para o tratamento da usuária. Mas, a mãe e a sobrinha da usuária não compreenderam a situação. Então, as profissionais se comprometeram em conseguir um lugar numa casa de abrigo que aceitasse a usuária e sua filha (O12).

A situação apresentada reflete uma das realidades vivenciadas pelos usuários em relação aos seus familiares, ou seja, o enfrentamento do risco de suicídio, da agressividade e da resistência ao tratamento. Por isso, torna-se essencial conhecer a dinâmica familiar para depois estabelecer metas de intervenção a partir da realidade observada (SOUZA *et al.*, 2001).

O trabalho do CAPS buscando a inserção da família é fundamental, pois nessa parceria, a família é protagonista no cuidado, assim como, ela também precisa ser cuidada. Nesse processo, torna-se importante o entendimento da complexidade da família, pois na observação relatada, visualizamos uma preocupação com a reorganização de seu funcionamento caso a usuária viesse a morrer, contrapondo-se ao que a equipe demonstrava ser prioridade de intervenção: o risco de suicídio e a busca de uma parceria no cuidado, ou seja, vigiar, afastá-la do esposo que a agredia e acolher o sofrimento da usuária.

Porém, pensar e agir na inserção familiar são desafios para os profissionais quando a instância da família transcende o que se espera da mesma - apoio e compreensão. Assim, reforça-se a idéia de que os profissionais devem olhar a família na sua singularidade e intervir mediante conhecimento do cotidiano familiar, não pressionando, culpando e julgando,

mas sim, esclarecendo, orientando e apoiando essa família, chamando-a para a responsabilidade conjunta com a equipe no cuidado do usuário e salientando sua importância nesse processo.

Outra atividade que o CAPS realiza é a visita domiciliar, a qual tem o objetivo de acompanhar usuários e familiares que apresentem alguma dificuldade de adesão ao tratamento ou não compareceram ao serviço. Essas visitas também são realizadas quando vizinhos ou mesmo os familiares telefonam pedindo a presença de um técnico. A prefeitura disponibiliza automóveis para a remoção de usuários e locomoção de técnicos para as visitas domiciliares. Porém, dificilmente existe automóvel disponível, fazendo com que, nas horas de emergência, os profissionais façam a visita a pé ou com o próprio carro.

Observamos a seguinte visita domiciliar:

Durante toda tarde, uma usuária e o familiar que a acompanhava manifestaram descontentamentos uma com a outra, inclusive com discussões diante dos outros usuários. Essa familiar solicitou para que fosse atendida individualmente por uma profissional, pois a usuária manifestava agressividade com ela, dizendo que queria matá-la. No entanto, essa profissional que a familiar solicitou estava fazendo outra atividade, não podendo realizar o atendimento. Quando a profissional terminou a atividade, a usuária e a familiar já haviam ido embora. Então, no término do funcionamento do CAPS, essa profissional fez uma visita domiciliar para a usuária com seu próprio carro, a qual acompanhamos juntamente com outra profissional. Chegando à casa, notamos um clima aparentemente tranquilo. A usuária estava deitada e a familiar estava organizando a casa. A profissional pediu desculpas por não ter dado a devida atenção para a familiar e pediu para que ela compreendesse a situação, pois estava realizando outra atividade no momento em que solicitou o atendimento. A profissional também salientou que a familiar deveria ter pedido o atendimento de outro profissional, mas a familiar insistiu dizendo que somente queria ser atendida por ela. Neste caso, a profissional conhecendo a usuária e a familiar, assim como, a história de vida de ambas, preocupou-se com a situação e justificou o motivo dela estar comparecendo na casa da usuária depois do funcionamento do CAPS. A familiar agradeceu a atenção e disse para a profissional que ela não precisa se preocupar, pois a usuária havia se tranquilizado. Desse modo, a profissional analisou a situação e foi embora somente depois de ter visualizado que o ambiente familiar estava calmo (O10).

Essa observação nos mostra a responsabilidade e dedicação com que a profissional agiu na assistência à usuária e familiar, demonstrando que a visita domiciliar é um instrumento essencial para a assistência em saúde, pois através dela os profissionais podem acolher e cuidar não somente do usuário, mas da família também, fato que reforça a prática do cuidado, visualizando o sujeito como um todo.

Através da visita domiciliar, os profissionais têm a possibilidade de intervir conhecendo o cotidiano do usuário e o meio em que ele vive. Isso pode oportunizar a prática

de um cuidado que atende os sujeitos nas suas reais necessidades, as quais, muitas vezes, os usuários sentem dificuldade de expressar no serviço.

Essa atividade assistencial também permite que a equipe de saúde participe da realidade cotidiana vivenciada pelo usuário e família, possibilitando uma interação mais efetiva entre esses atores envolvidos, aparecendo como um instrumento que pode facilitar a assistência integral ao usuário, assim como, do cuidado à família. Concretizando-se, desse modo, numa estratégia eficaz para conhecer a organização das atividades cotidianas dos usuários e familiares e realizar uma intervenção mais próxima da realidade (OLIVEIRA, 2001).

O CAPS também possui para o atendimento da família a atividade grupal e a individual.

A atividade do grupo de família é oferecida para todos os familiares dos usuários atendidos no serviço, sendo coordenada por uma psicóloga e uma assistente social.

Os grupos são divididos em: grupo de família A e grupo de família B; compondo, respectivamente, 60 e 54 familiares inscritos. Cada grupo é atendido mensalmente, fazendo com que o período para os grupos de familiares seja quinzenal. Entretanto, um familiar do grupo A, por exemplo, não precisa esperar um mês para voltar ao CAPS, pois considerando a necessidade do momento, ele pode participar do grupo B. Assim como, se as profissionais avaliarem a necessidade de um atendimento individual para a família, este ou será agendado ou será realizado no mesmo dia, dependendo da gravidade da situação (O5).

Participamos de um grupo de família no qual compareceram 11 familiares:

A tarde foi realizado o grupo de família A, no qual estão inscritos 60 familiares, comparecendo 10 familiares e um familiar do grupo B. O grupo iniciou com a psicóloga e a assistente social falando das dificuldades que o CAPS estava passando pela falta de medicação e de vale transporte. Foi esclarecida a possibilidade de terem de comprá-los no mês de novembro. A principal questão colocada pelos familiares no grupo foi a dificuldade de incentivar os usuários a fazerem uma atividade, pois os mesmos permanecem a maior parte do tempo dormindo. Os profissionais do grupo orientaram aos familiares para a necessidade de sempre convidarem o usuário a fazer uma atividade. Por exemplo, uma caminhada, e que não exigissem do usuário um comprometimento de imediato com o exercício, aceitando o tempo necessário para ele se habituar com a atividade física. Também neste grupo, estava presente um familiar que nunca havia participado das atividades do CAPS. Esse familiar, que é esposo de uma usuária, havia sido solicitado sua presença, pois a usuária queixou-se que ele saía para passear e a deixava em casa. Durante o grupo, esse familiar queixou-se que sua esposa não quer fazer nada, não quer sair para passear nem fazer as atividades domésticas, a única coisa que ela quer fazer é dormir. As profissionais colocaram que estranhavam a atitude da usuária em casa, porque no CAPS ela participava dos grupos e colaborava nas

atividades. O familiar disse que quando ele quer sair para passear, ela não quer acompanhá-lo. Então, ele sai sozinho e que, ultimamente, ele não a convida porque sabe que não vai aceitar. As profissionais perguntaram para o familiar onde ele costumava ir, e o mesmo disse que era com os amigos. As profissionais o orientaram a convidar a usuária para fazer um programa que ela também gostasse, perguntando o que ela gostaria de fazer, pois o estímulo da usuária para passear também deveria partir do esposo. No final do grupo, este familiar manifestou ter gostado do convite e que faria o possível para dar continuidade à participação do grupo de família (O5).

Um grupo é constituído de um conjunto de pessoas; um conjunto de grupos e subgrupos compõe uma comunidade, e a interação entre as comunidades forma uma sociedade. Desse modo, as pessoas convivem e interagem diariamente com distintos grupos. No entanto, quando existem várias pessoas localizadas num mesmo espaço com interesses comuns, é caracterizado um agrupamento. Para constituir um grupo, propriamente dito, os interesses dessas pessoas devem ser comuns, ou seja, devem compartilhar de um mesmo interesse (ZIMERMAN, 2000).

Nesse caso, o grupo aparece como uma oportunidade para as famílias falarem sobre suas questões, como possibilidade para o estabelecimento de vínculos e como uma modalidade de atendimento para cuidar da família.

Desse modo, para cuidar da família é preciso considerar sua história de vida, experiências e cultura, objetivando o reconhecimento das habilidades existentes na família para que possam satisfazer suas próprias necessidades (MORENO, 2005).

Para isso, o profissional, ao cuidar da família, deve ter a “capacidade empática com o sofrimento do outro, disponibilidade interna para a escuta, flexibilidade para mudar seus pontos de vista”. O profissional deve “escutar o coração dos membros da família em seus anseios e desejos” (MORENO, 2005, p. 60).

Portanto, considerando a complexidade do fenômeno adoecer psiquicamente, a participação e o comprometimento da família nos grupos torna-se fundamental, pois é um momento que propicia a discussão e a reflexão da situação do CAPS e da convivência familiar no presente contexto, possibilitando que os atores envolvidos no processo (familiares e técnicos) se unam com o objetivo de procurar soluções, tanto das situações cotidianas da família, como dos problemas de ordem política e econômica que o serviço enfrenta.

6 FAMÍLIA, PARCEIRA NO TRABALHO DO CAPS

Atualmente, as práticas em saúde mental vêm passando por uma transformação do modelo assistencial, buscando a substituição do modo asilar, cuja assistência é centrada na cura do corpo doente e nas práticas hospitalocêntricas para o modo psicossocial, o qual considerada a subjetividade da pessoa e sua história de vida, procurando através das práticas assistenciais, proporcionar o convívio da pessoa com sofrimento psíquico na sua família e na sociedade.

Os serviços substitutivos em saúde mental têm orientado suas práticas de acordo com o modo psicossocial, considerando a família como a base fundamental no processo de reinserção da pessoa com sofrimento psíquico na sociedade e no próprio meio familiar (BRASIL, 2004b).

A participação familiar no serviço e nos cuidados com o usuário pode possibilitar uma aproximação das relações afetivas e um rompimento de preconceitos como a incapacidade e a periculosidade, os quais haviam ajudado no processo de afastamento do convívio social. Para essa efetivação, além da participação familiar, também é necessário que os profissionais estejam cientes da importância familiar neste processo, assim como, acreditarem e se responsabilizarem por essa participação.

Nesse sentido, a equipe de saúde tem papel fundamental na inserção da família no cuidado do usuário, pois deve buscar potencialidade/criatividade na construção de um ambiente e condições que favoreçam a participação familiar. Para isso, os profissionais devem acreditar nessa parceria e compreender que esse processo está em constante mudança, ou seja, a inserção familiar não é estável, muito menos fácil. Ao contrário, exige que os profissionais tenham perseverança, vontade e credibilidade para promover essa integração, fundamentada pelo desejo de conquista. Além disso, o trabalho entre equipe e família deve ser conjunto, o que requer o compartilhamento da responsabilidade e do compromisso para a concretização de uma assistência integral ao usuário.

Desse modo, apresentamos neste capítulo a temática da inserção familiar no cuidado da pessoa que sofre psiquicamente e os sub-temas emergidos nesse contexto, dentre os quais destacaram-se: a importância da inserção familiar no tratamento do usuário, suas potencialidades e dificuldades; a não participação da família no CAPS, a vivência do estigma da doença mental e as estratégias de inserção.

Os profissionais entrevistados trazem em suas falas que

não tem como fazer um tratamento com o usuário sem ter a participação da família. [...] o tratamento só vai ter uma melhora correspondente a perspectiva que a equipe tem de melhora, se tiver essa participação (EP4).

se fosse pensar num tratamento ideal, ou da melhor forma, não existe esse tratamento ideal sem a participação da família. É uma coisa que está dentro da forma de tratamento. Sem ela, é como se faltasse um braço para esse tratamento dar certo (EP4).

não se faz nenhum trabalho sem o familiar. Trabalhar em saúde mental sem família, a gente não trabalha, não tem como (EP5).

o tratamento depende da família participar do tratamento. Então, de alguma forma, a gente tem que motivá-los a participar do serviço, que não só o usuário, mas que o familiar participe (EP7).

A importância atribuída à participação familiar em relação ao tratamento do usuário é visto pelos profissionais não apenas como essencial, mas também como uma condição *sine qua non*, em que os resultados esperados através da assistência prestada ao usuário, como a autonomia e o resgate da cidadania, podem ser facilitados se a família participar desse processo, apoiando o usuário na sua busca pela reinserção social e compartilhando a responsabilidade do cuidado com a equipe.

Consideramos família tudo aquilo que a rodeia: casa, lazer, trabalho, escola, amigos, não importando ‘quantos’ ou ‘quem’ são os membros que a compõe, e todas as dimensões em que ela se insere - individual, social, cultural e econômica. É com essa família que a equipe irá buscar o compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado do usuário, reorganizando sua prática para uma assistência conjunta.

Nesse sentido, seria fundamental que a equipe olhasse a família em todas essas dimensões para possibilitar uma inter-relação congruente com as necessidades da família, promovendo uma cumplicidade que poderá facilitar o processo de parceria e de inserção familiar no cuidado, percebendo-a, ao mesmo tempo, como protagonista desse cuidado e como objeto de intervenção da equipe.

Contudo, é importante que a família se sinta segura e amparada pelo serviço de saúde para a construção dessa inter-relação, objetivando somar forças para que o processo de desinstitucionalização não signifique simplesmente desospitalizar e para que a família não seja abandonada neste processo como única responsável pelo cuidado do usuário (SOUZA *et al.*, 2001).

Essa parceria do CAPS com a família requer uma ação permanente e em constante movimento, no qual os atores envolvidos: a equipe, o usuário, sua família e rede social articulem interesses, valores e idéias de vida que devem ser negociados. Desse modo,

configuram-se numa prática inovadora, um espaço social que através da inter-relação, entendida como fundamental, produza novos conceitos para lidar com o sofrimento psíquico.

A inserção da família no serviço, além de possibilitar um trabalho conjunto com a equipe, pode evidenciar interesse e segurança ao usuário, pois esse relacionamento com a família destrói a idéia do isolamento/exclusão do espaço social. Essa participação efetiva-se de diferentes modos: na presença, na fala, na escuta, no afeto, nos conflitos surgidos nessa relação que deve reconhecer as diferentes expressões dessa realidade.

Nesse contexto,

a família, junto com o paciente é o que dá sentido, o que dá força para ele lutar para viver. Existem muitos familiares que não procuram, não ajudam, e a gente vê o quanto eles estão carentes, [...] o quanto faz falta essa família (EP10).

Se cada paciente tivesse a família que se interessasse, eles estariam bem melhor que eles, muitas vezes, estão. A família ajuda, a gente vê o paciente quando chega aqui segunda-feira, é um de um jeito e outro de outro, porque não teve apoio da família no fim de semana (EF3).

A gente tem confirmado a importância do familiar desde [...] que o usuário passa a aderir, o incentivo da família, a participação e o acompanhamento (EP1).

Desse modo, sentir-se parte de uma família é fundamental para o desenvolvimento dos membros que a compõe e essencial para a convivência entre os mesmos, porque nascemos e vivemos numa sociedade, rodeados por pessoas que podem ou não ser consideradas integrantes familiares, importando, sim, que o sujeito reconheça sua identidade no meio em que vive, a fim de construir possibilidades de relações familiares, conjugais, de amizade e de trabalho.

O reconhecimento e a compreensão do sujeito como membro dessas relações sociais irá possibilitar a caracterização da relação família/equipe/usuário como dinâmica e singular, sugerindo que o olhar da equipe seja atento e flexível para acompanhar as constantes mudanças nas relações dos atores envolvidos, objetivando manter um relacionamento recíproco de apoio, ajuda, compreensão e afetividade.

A consolidação desse processo é resultado da convivência, a qual representa uma das formas de inclusão dos membros familiares tanto na própria família quanto na comunidade. Entretanto, para se concretizar, é preciso respeitar a individualidade, aceitando as diferenças, estimulando o diálogo, garantindo um espaço físico, social e emocional que propicie a convivência (ALTHOFF, 2004).

A convivência da pessoa com sofrimento psíquico com sua família e na sociedade é uma história caracterizada por décadas de isolamento e afastamento, pois estes eram os princípios que norteavam a assistência em saúde destinada às pessoas que adoeciam psiquicamente, resultando num processo de exclusão do convívio social.

Atualmente, é preconizado que a assistência em saúde mental oriente suas práticas de acordo com o paradigma do modo psicossocial, que acolhe, cuida, considera a subjetividade, a história de vida e promove a participação familiar e social (COSTA-ROSA, 2000).

Diante dessas propostas, a participação da família nos serviços substitutivos passou a ser fundamental para o cuidado do usuário, restabelecendo vínculos rompidos ou desgastados, resultados de uma assistência hegemônica excludente e estigmatizadora que afastou a família do tratamento.

A família configura-se como necessária para a concretização do tratamento do usuário, pois sua participação pode ser entendida como preocupação, interesse e valorização do usuário, refletindo positivamente no tratamento, pois

é constante as queixas de alguns usuários referente a não participação do seu familiar. Isso é importante até para a valorização do usuário, pois ele se sente bem quando o familiar se insere também no serviço (EP5).

Quando uma pessoa enfrenta uma situação de doença, provavelmente irá se defrontar também com uma situação de desequilíbrio na sua vida, refletindo no agir cotidiano, nas atividades diárias, gerando uma sensação de insegurança, fraqueza, incapacidade. Neste sentido, a família, parceira no cuidado, ajuda no enfrentamento da doença e na reorganização da vida do usuário, integrando, acolhendo, cuidando, incluindo-o nos diversos espaços cotidianos da vida, ou seja, no trabalho, no lazer, na moradia, na educação, no esporte e na cultura.

Essa convivência entre os integrantes de uma família é reforçada desde o nascimento de uma pessoa, pois a família participa do crescimento e da interação da mesma no próprio meio e na sociedade, estimulando o desenvolvimento de mecanismos de adaptação para enfrentar eventuais adversidades impostas pela vida (MACÊDO; MONTEIRO, 2004).

No entanto, a família também poderá sofrer um desequilíbrio mediante uma situação conflituosa, como é o enfrentamento de uma doença. Por isso, a equipe deve considerar a família como parceira no cuidado, mas também como objeto de intervenção, ajudando-a a compreender a situação vivenciada e a desenvolver mecanismos de enfrentamento a partir dos potenciais e recursos encontrados nela própria e em sua rede de

apoio no território, estabelecendo parcerias com igreja, vizinhos, associações de bairro, clubes, escola entre outros.

Considerando que a mudança em um membro da família afeta todos do grupo, reforça-se a idéia de que a família também necessita de assistência, assim como o usuário, compreendendo-a como um todo, e não separada individualmente (WRIGHT; LEASHEY, 2004). Desse modo, a família deve ser entendida como

peçoas que precisam de auxílio, porque uma pessoa que trata uma pessoa doente, que tem um doente com transtorno mental em casa, ela acaba ficando também com problemas. E ela precisa de auxílio, até para conseguir saber lidar com seu doente, para conviver melhor. Então, muitas pessoas vêm e recebem essa atenção, muitos se tratam para conseguir lidar com seu doente em casa. Na realidade, quando uma pessoa está doente, toda a família fica afetada (EP10).

A doença de um integrante familiar é um evento que pode interferir nas relações familiares, oportunizando a unificação dos integrantes. Quando a doença possibilita um fortalecimento dos laços afetivos, os familiares se manifestam através do cuidado em grupo, na identificação de alterações no estado de saúde de cada integrante familiar, na tomada de decisões e na solicitação de ajuda quando necessário (CECAGNO; SOUZA; JARDIM, 2004).

Porém, quando os familiares apresentam dificuldades em cuidar de um integrante que está doente, ou até mesmo em aceitar a situação; isso, provavelmente, refletirá de forma negativa no tratamento, fazendo com que a pessoa sinta-se desamparada e sozinha. Essa dificuldade pode estar relacionada com o desconhecimento sobre a doença, incredibilidade no tratamento e nos sintomas apresentados pelo doente, ou seja, uma diversidade de fatores que contribuem para que a família não participe do cuidado.

Desse modo, cuidar da família e das dificuldades que ela pode apresentar, requer um olhar ampliado da equipe com a capacidade de repensar os valores e as práticas assistenciais para possibilitar um cuidado que atenda as reais necessidades da família, pois

a raiz de tudo está na família, se não cuidar da família o usuário também não vai melhorar (EP10).

Não basta só o remédio, não basta só vir ao CAPS, é importante que a família esteja junto e que esta seja apoiada. E toda a orientação que é dada para o usuário seja dada para a família, para que em casa, aonde ele chega à noite, tenha a compreensão, e a família consiga lidar com seu doente com amor (EP10).

O lidar com o sofrimento psíquico nos reporta a noção de existência-sofrimento de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), entendendo que essa vivência expressa condições de vida, suas possibilidades e dificuldades. O CAPS, na parceria com a família, deve ocupar-se

de descobrir novos significados para a desinstitucionalização em que o respeito à diferença, o resgate das subjetividades e a pluralidade dos indivíduos embasam as relações que buscam promover autonomia e cidadania dos usuários. A família, fragilizada por essa vivência, necessita de apoio e de cuidado, oportunidade na qual, conjuntamente com a equipe, criam ações que consideram suas condições de existência, seus valores, crenças, trabalho e lazer, possibilitando uma atenção integral, atuando democraticamente, integrando diversos saberes acadêmicos e do senso-comum, no qual o cuidado é um compromisso alicerçado na relação usuário, família e equipe.

Desse modo, cuidar da família significa que ela deve receber orientação, informação e esclarecimentos referentes ao cuidado do seu familiar adoecido. Este processo necessita de tempo, compreensão e dedicação dos atores envolvidos, constituindo-se, principalmente, de um trabalho conjunto entre família e equipe na busca pela resolutividade das dificuldades encontradas. Nesse sentido, o comprometimento e a responsabilização pelo cuidado do usuário são tomados por ambos, o que torna o CAPS um lugar que pode facilitar esse processo e propiciar o cuidado, porque

o CAPS, que é um serviço aberto, propicia que a família participe junto. E aqueles que a gente consegue uma participação efetiva: a gente vê que mais facilmente as pessoas se refazem e mais facilmente as pessoas elaboram situações. [...] na verdade, não são só usuários que têm de rever situações familiares para elaborar conflitos. Na verdade, uma pessoa nasce numa família e, é próximo dessa família que as coisas se dão: que a doença aparece, que a doença surge relacionada com a família; a forma como lida com a doença, as principais intervenções; a questão do preconceito, como é que isso aparece na família; para quem passou muitos anos dentro do hospital psiquiátrico, como é que a família vê esse familiar que é dito louco (EP1).

O CAPS é um serviço substitutivo ao modelo asilar que se caracteriza por oferecer um cuidado integral ao usuário e família, que considera a subjetividade, o contexto e as relações em que o sujeito está inserido. Nesse sentido, trabalhar no CAPS requer dos profissionais habilidades e motivação para construir uma troca constante de conhecimentos teóricos e práticos entre a equipe multiprofissional, assim como, compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários.

Assim, as questões apresentadas na fala devem ser abordadas com a família no sentido de mostrar sua valorização enquanto *locus* de construção de identidade, através da qual é possível enxergar as diferenças e respeitá-las (NEDER, 2002).

Na atualidade, busca-se a inclusão da família no serviço através da responsabilização do tratamento e reabilitação do usuário, não culpabilizando-a pela doença

do seu familiar (HIRDES; KANTORSKI, 2005). Portanto, os preceitos éticos que devem embasar a interação dos profissionais no atendimento à família são: respeito, compreensão da trajetória de vida, entendimento do sofrimento e da disponibilidade para mudanças (MORENO, 2005).

A importância da família no cuidado é entendida pelos profissionais, da forma como segue:

Eu acredito muito na família e acredito que, através do nosso trabalho, explicando, orientando. A gente vai mostrando o outro lado e ele vai, com o tempo, aderindo ao tratamento (EP5).

[...] eu digo assim, sempre vão ter alguns que são resistentes, às vezes, pelo preconceito, pela falta de esclarecimento. Mas aquele familiar que é trabalhado, ele sempre responde de alguma forma (EP5).

A equipe, ao buscar a família para o comprometimento e responsabilização do cuidado, deve estar ciente que esta, assim como qualquer pessoa, é constituída de valores que são influenciados pelo contexto em que está inserida, ou seja, a equipe deve acolher e assistir essa família considerando sua peculiaridade e singularidade.

Nesse sentido, conhecer as particularidades das relações entre os integrantes da família, pode aproximar a equipe da real dinâmica, possibilitando o estabelecimento de um diálogo em que os interlocutores possam contribuir e experienciar conhecimentos e saberes, o que poderá colaborar na realização de um cuidado humano e promotor da autonomia do usuário.

Desejo/vontade dos profissionais em realizar um trabalho integrado com a família, associado à persistência frente as diferentes ocorrências dessa proposta, aparecem como instrumentos facilitadores para buscar a inserção da família no serviço. Assim, é imprescindível que a equipe tenha conhecimento das necessidades dessa família conhecendo suas crenças, valores, a dinâmica familiar e as condições socioeconômicas (WAIDMAN; ELSEN, 2004).

Desse modo, o conhecimento das necessidades familiares e a vontade de ajudar também são facilitadores na concretização da parceria familiar com a equipe, refletindo de forma positiva no tratamento do usuário, pois

existem situações em que eu, em função do atendimento de familiar, eu consigo aproximar esse usuário com essa família. Isso é uma coisa muito boa. E eu observo que, todo aquele familiar, todo aquele usuário, ele se sente mais valorizado quando ele sabe que a família dele vem conversar com a gente (EP7).

Entretanto,

a gente tem observado que toda a vez que o familiar não participa, que o familiar não colabora, ele não aceita a doença, geralmente o risco de recaída é muito grande. Normalmente, os pacientes ficam eles mesmos se cuidando. Aí o sucesso do tratamento, que é como a gente diz, não acontece. Aquilo que a gente espera, não acontece porque, muitas vezes, o familiar não está engajado (EP7).

acontecem muitos casos em que a família 'meio' que entrega o paciente para o CAPS. Então, a gente vê pessoas que não estão dando aquele auxílio para o paciente. Têm questões pequenas, questões de higiene, que a gente vê que o paciente está meio largado, que a família não está cuidando do paciente. Mas, aqueles que vêm realmente, são interessados (EP6).

Quando se identifica que a família apresenta dificuldades em relação ao seu familiar adoecido, ela deve ser olhada pelos profissionais amplamente, buscando a apreensão das dificuldades vivenciadas numa tentativa de compartilhar com os profissionais para construir possibilidades efetivas da participação familiar.

A equipe do CAPS deve ter presente que, nessas situações, o cuidado com o usuário é prejudicado, pois, na maioria das vezes, ele precisa de auxílio com os cuidados diários. No CAPS, ele tem essa ajuda, mas em casa ele também precisa ter, caso contrário, poderá resultar em problemas que fortalecerão ainda mais o isolamento no seu meio.

Contudo, muitas vezes o familiar não está presente no CAPS por também sofrer psiquicamente e, devido à precariedade de informações e orientações recebidas, resultado ou da falha da equipe multiprofissional ou do próprio desinteresse da família. Neste sentido, cabe aos profissionais compreenderem que a doença mental pode trazer consigo a cronicidade que desgasta e desmotiva a manutenção do vínculo familiar com o tratamento. Por isso, a equipe necessita chamar essa família para participar e incentivá-la, mostrando sua importância no cuidado. A iniciativa não deve partir somente da família, mas também dos profissionais como atores envolvidos nesse processo. E

quando falo em familiar, independe que vínculo ele tem com esse usuário [...] eles têm que conhecer a doença, que eles conheçam a equipe e que saibam que podem contar com a gente quando [...] estão com dificuldade de manejar aquele familiar. Então, é importante que eles façam vínculo com a equipe [...], porque o próprio familiar pode ter alguma dificuldade e a gente pode ajudar (EP7).

A família, ao ser chamada para o comprometimento e responsabilidade do cuidado com o usuário, pode apresentar diversas reações como: assumir integralmente as atividades da vida diária do doente, desconhecer como cuidar do familiar, perceber o cuidado como uma sobrecarga, entender o cuidado como algo rotineiro e manejar comportamentos

diferentes que possam apresentar devido à doença ou o tempo de hospitalização (CATENA; GALERA, 2002).

Frente essas diversas reações que a família pode apresentar diante dos cuidados prestados ao seu familiar adoecido, a equipe multiprofissional deve ter o entendimento de que cada família é peculiar, com suas próprias formas de cuidar e de manifestar esse cuidado. Mas, independente da reação desta família, também é necessário que o profissional forneça apoio e segurança para que ela se sinta amparada, no sentido de que se precisar de alguma ajuda, ela poderá contar com a equipe do CAPS, pois a relação estabelecida é de parceria; fazendo, portanto, um trabalho conjunto no cuidado com o usuário.

Neste contexto, outra questão a ser considerada é a continuidade do cuidado do usuário em casa, porque

a maior parte do tempo eles passam com a família, seria ideal fazer um trabalho conjunto para que no ambiente dele mesmo, que é o real, que é onde ele vive, onde ele vai se desenvolver, melhorar a capacidade que ele perdeu com a doença, com o processo dela, [...] ela é que vai ajudar (EP4).

família não vindo tem uma série de coisas [...] que não se pode discutir nem encaminhar fora do cuidado que se dá aqui. Então, se dá um tipo de cuidado aqui e, em casa ele tem outro tipo de cuidado. O familiar não compartilha, quando o familiar não compartilha, não entende porque determinadas formas [...] se propõe determinada intervenção com a pessoa. Ele não vai dar uma continuidade a isso no dia a dia (EP1).

Eu acho que, sem dar apoio para família, não se consegue uma reabilitação do doente, porque [...] as coisas boas que eles estão recebendo do CAPS, eles vão chegar em casa e não vão conseguir um retorno da família (EP10).

Assim, já se estabelece com a família, quem cuida, quem convive [...] nós temos que estar integrados. Temos que estar falando a mesma linguagem para que a pessoa se sinta confiante naquilo que está se propondo para ele. Mas, que a gente está propondo determinadas atividades que a gente vê que é terapêutico e que, certamente, terão utilidade no dia a dia. Não é vir aqui no CAPS fazer trabalho, fazer atividade, chegar em casa, sentar atrás da mesa num banco, fumando do lado de fora como algumas situações que a gente encontra. Tudo que é trabalhado aqui para adquirir autonomia, para que se sintam valorizados, para que melhorem a auto-estima. Em casa, muitas vezes, para não ter incômodo, para não sujar a casa, tipo: sentado no banquinho para o lado de fora, só fumando e tomando chimarrão o dia todo (EP1).

Quando a família se afasta ou não se integra das atividades do CAPS, há um conseqüente desconhecimento do plano terapêutico do usuário e evolução do tratamento, assim como, um desconhecimento da realidade e do espaço em que o usuário convive, e/ou uma desintegração da equipe do CAPS na escuta e na voz desse usuário e seu familiar. Assim, o trabalho conjunto é necessário para o cuidado não ser fragmentado como a parte do serviço,

a parte da família e a parte do usuário, é necessário continuidade, mais além, cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais e em todas as dimensões do viver cotidiano.

Desse modo, espera-se que a parceria ocorra de modo recíproco entre os atores desse processo, que requer troca e não transferência de um para outro.

Sabe-se que o apoio familiar é essencial no cuidado do usuário e que os profissionais precisam buscar a participação familiar. Entretanto, quando essa participação não é efetiva, observa-se que a família está com dificuldades em participar do cuidado, devendo os profissionais refletir, então, sobre suas intervenções e sobre a proposta de trabalho do CAPS.

Assim, antes de delegar funções ou de exigir algo da família, a equipe multiprofissional necessita de um olhar mais abrangente que circunda a vida da família para além da vida do usuário, respeitando sua singularidade e subjetividade.

A família trabalhando junto com a equipe é o que vai dar sentido ao cuidado do usuário, pois a autonomia que promove a inserção social, requer esforço conjunto. A proposta do CAPS não acontece isolada no contexto do serviço, ela precisa do comprometimento, do apoio, do incentivo da parte e do todo, pois do contrário:

a gente vai estar trazendo para a pessoa, uma ambivalência: como é que aqui eu sou capaz, que eu posso, sou importante, é importante meu trabalho, é importante minha atividade, é importante que eu posso mostrar o que eu sei fazer; se quando eu chego em casa, isso não tem serventia, não serve para nada. Até o próprio diálogo, a própria capacidade de troca que a gente trabalha aqui [...] se a família, em casa, não pedir opinião, não conversar, não chamar essa pessoa a participar, é perdido. Porque lá é a vida dele, se ele não conseguir conversar na família, será que ele vai conseguir conversar na vizinhança? Será que ele vai conseguir estabelecer vínculo na comunidade dele? Certamente que não. Então, [...] é básico que passe pela família, pela própria casa (EP1).

Nesse sentido, orientar, esclarecer, facilitar, incentivar e apoiar são palavras de ordem para inserir a família no cuidado, assim como, compreender e respeitar as diversidades do conviver com o sofrimento psíquico.

O preconceito aparece como uma das dificuldades do trabalho conjunto da equipe e família, conforme a fala a seguir:

o CAPS procura, dentro do possível, manter o familiar informado do tratamento e do quanto ele deve ter um grau de participação, junto com o tratamento, para fazer que o paciente tenha um retorno e se sentir apoiado pelos familiares. Porque tem pacientes que, na própria família, têm pessoas que tacham eles de louco, não dão importância, não dão credibilidade para o trabalho (EP9).

Esse processo pode tornar-se mais complexo, pois o usuário, além de enfrentar a vivência do estigma existente na sociedade, ou seja, é o 'louco de rua, incapaz, perigoso, sujo', entre outros atributos, convive também com essa barreira na família:

eu gostaria muito que ela participasse porque eles me tratam bem diferente, eu gostaria que eles participassem para poderem saber como lidar comigo, eles não lidam comigo como deveriam, eles não me tratam como deveriam, eles me tratam como se eu fosse uma louca, não acreditam na minha palavra e é uma coisa que eu gostaria que eles acreditassem, [...] que os profissionais mandassem chamar, eles viriam aqui e daí eles poderiam ficar a par, por dentro de tudo, de como que é o tratamento (EU4).

Tem pessoas dentro da minha casa que não gostam nem que ela fale do nome do CAPS. Então, ela não fala porque ela acha que chamam ela de louca, porque ela vem aqui, criticam ela muito dentro de casa (EF4).

uma resistência grande porque, hoje em dia, como a sociedade, aí fora, ela tem um preconceito muito grande com o doente mental. Algumas pessoas procuram até nem dizer que tem familiar doente. Tem pessoas, aqui no CAPS, que não dizem que fazem tratamento no CAPS para não sofrer preconceito lá fora. Então, isso ainda mostra que a sociedade não está preparada para abolir estes preconceitos e algumas pessoas da família se sentem meio acuada. Nesse ponto, a gente não pode tirar a razão deles que, às vezes, tem medo de serem tachados: 'é a família do louco, é louco também'. Então, talvez seja por isso, e outros por desleixo, por não querer se preocupar, não querer se desgastar (EP9).

Cuidar de um familiar adoecido psiquicamente requer o enfrentamento de valores e sentimentos estigmatizados que, associados ao preconceito e a exclusão do sujeito, fazem a complexidade desse fenômeno, pois a família, o usuário e a equipe, além do cuidado, devem compreender o estigma da incapacidade e da periculosidade da pessoa que sofre psiquicamente, evitando os próprios preconceitos e os da sociedade, e entendendo que o estigma é capaz de tornar qualquer pessoa desacreditada "quando há uma discrepância entre a identidade social real de um indivíduo e sua identidade virtual" (GOFFMAN, 1988, p. 51).

Nesse sentido, para a concretização do cuidado do usuário e família, também é preciso que a equipe esteja aberta para ampliar seu olhar, enxergando as capacidades e potencialidades da pessoa que sofre psiquicamente. Esse cuidado, que pretende entender as necessidades dos usuários, pode possibilitar uma extensão à família, ou seja, estimulando-a a compreender as diferenças e mostrando que é possível conviver com elas quando a relação está fundamentada no respeito.

Muitas famílias ainda apresentam resquícios das práticas asilares, pois eram consideradas culpadas pela doença, fato que somado ao sofrimento, ao sentimento de fracasso e a sua exclusão do espaço terapêutico, contribuíram para justificar seu afastamento no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico.

Desse modo, o preconceito aparece como um dos motivos pelo qual a família não participa das atividades do CAPS, para não serem reconhecidas como a família que tem um doente mental. Esse preconceito é resultado de muitas décadas de isolamento e afastamento da pessoa que sofre psiquicamente do seu meio, justificados pela ciência de que era necessário afastar para observar os sintomas da doença e, assim, classificá-las.

Estigmas como a periculosidade e incapacidade ajudaram a justificar a necessidade de um lugar específico para tratar a pessoa com sofrimento psíquico, motivo pelo qual, na atualidade, é preconizada a assistência em saúde mental em serviços extra-hospitalares, abertos, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Na vivência com o sofrimento psíquico, a mitificação da loucura é reforçada na relação familiar, pois a família vive e sofre o preconceito, sendo também preconceituosa, conforme na fala a seguir:

não participam, eles dizem assim: - eu não vou naquele lugar de louco. É o que eles dizem. É a mesma forma como me tratam em casa, e eu me sinto mal dessa forma. Me chamam de louca, não acreditam na minha palavra (EU4).

ela não vem porque ela diz que ela não é maluca para vir aqui. Ela diz que não quer saber de CAPS, que CAPS é pra louco. Não adianta fazer nada, ela não quer saber daqui, porque diz que o CAPS é pra louco (EU2).

Na casa da minha irmã, não pode ir lá, porque está sempre cheio de gente e a minha irmã não me dá atenção, nenhum pouquinho, não me dá. Às vezes, quando eu chego, ela faz um chimarrão e vai embora, me deixa sozinho, aí eu me sinto sozinho e pego e vou embora. Vou para a casa, venho triste pra casa, quase chorando (EU1).

Sentimentos como a vergonha de ter um familiar com diagnóstico de doença mental e, por associação, de também ser tachado de 'louco', pode afastar os familiares do cuidado e do convívio com essa situação, propiciando a estruturação de um círculo vicioso, no qual o afastamento, o desinteresse, a negação, a crítica e o descontentamento são mecanismos que impedem a aproximação entre usuário, família e equipe.

Essa vivência do estigma da doença mental, para o usuário e família, deve ser entendida pelos serviços de saúde mental na dimensão da existência-sofrimento, pressupondo maior sensibilidade para dor, valores, significados e crenças dos envolvidos. Assim, a equipe de saúde mental deve buscar o constante diálogo com o usuário, família e comunidade. É imperativo ações de esclarecimento e orientação, objetivando romper com os sentidos negativos originados pelo preconceito, procurando conhecer as condições de vida, as relações vividas e construídas que dão significado as condutas da família e usuário.

Também deve ser considerado que as ações estendem-se para os recursos do território, pois a desmitificação da loucura deve ser abordada/trabalhada, buscando engajamento para formar parcerias na atenção psicossocial. Trocas, encargos, mediações e negociações são palavras de ordem numa proposta de inserção no cuidado em saúde mental.

Outra questão que aparece como obstáculo para a participação da família no serviço é a estrutura familiar, pois muitos usuários possuem pouco ou nenhum vínculo familiar, como é apresentado nas seguintes falas:

minha família? Não participa. Porque os meus filhos adultos já estão empregados, trabalhando, e não moro mais com eles. Eu tenho um filho pequeno de 11 anos que mora comigo que não pode participar (EU5).

eu moro sozinho, não tenho ninguém. Meus irmãos não vão lá em casa, faz seis anos desde que a mãe foi embora. Minha mãe foi embora por causa do meu irmão que queria me matar. Ele tinha raiva de mim pelas coisas que eu tinha. Não tenho ninguém, os únicos responsáveis que eu tinha por mim, eram minha mãe e meu pai, mas já estão mortos (EU1).

Eu tenho 3 irmãos, 2 irmãs. Minha família é aqui no CAPS, porque na hora que eu mais precisei eles que me apoiaram. Meus filhos eu não conheço, nem eles me conhecem. Conheço meu filho que agora ele se mudou. Da minha família ninguém vem (EU3).

Mas parente, tenho cunhado. Meu irmão faleceu ano passado. Eu tenho cunhada e sobrinha, mas moram em Alvorada. Aqui, eu tenho uma filha casada, surda muda, e tenho um filho desaparecido e, amiga que eu tinha, foi embora para outra cidade. Eu tive quatro companheiras por aí, uma não teve filho, a outra também não teve filho. Tive um guri com uma. Depois ela se casou, se juntou com um rapaz e levou ela pra São Paulo. Levou meu filho também, nunca mais o encontrei. Depois eu tive com outra mulher, uma guria, mas como ela fez sujeira, botei as duas pra rua. E, a guria ficou meio contrariada comigo (EU2).

Entendemos que a família pode ser composta por uma única pessoa ou por várias, sem relação de consangüinidade. Assim, o que vai constituir um grupo para ser chamado de família, são os vínculos que essas pessoas estabelecem de acordo com a convivência.

No contexto das falas, podemos visualizar um rompimento dos laços familiares e das dificuldades da reconstrução dos mesmos, o que pode agravar a proposta de reinserção social, uma vez que as relações familiares são inexistentes ou caracterizadas por rupturas nos elos afetivos. Cabe a equipe, através da escuta e da consideração da subjetividade dos atores envolvidos nessa relação, criar e flexibilizar para atender as necessidades do usuário. Em muitas situações será necessário construir novos caminhos, novos laços, novos resgates no cotidiano do agora, os quais poderão trazer aproximações com a família e/ou a construção de novos vínculos e novas possibilidades.

Atividades profissionais e compromissos também aparecem como dificuldade na participação da família no serviço, por exemplo,

não participa porque tem que cuidar dos filhos, cuidar da casa, das crianças. Porque ela não tem tempo. E eu não paro em casa porque eu venho para cá, no CAPS. Venho de manhã e de tarde, se eu ficar sozinho em casa, eu não agüento (EU1).

Muitas vezes, a família não está presente no CAPS porque tem o trabalho e o cuidado com os demais integrantes da família, os quais são priorizados para a sua sobrevivência e funcionamento. Neste caso, a família tem de se ajustar para além da vida do usuário, cuidando também da casa, do trabalho, dos filhos, o que chama a equipe para a necessidade de uma atenção ampliada nesse contexto, de modo a encontrar espaços nas atividades diárias da família, buscando o comprometimento e a responsabilização conjunta com a equipe.

A transferência da responsabilidade do cuidado do usuário de um familiar para outro, também aparece como uma dificuldade para buscar a parceria no serviço, como a fala a seguir:

eu não participo, minha mãe que é responsável. Ela que frequenta o CAPS (EF5).

A troca de responsabilidade do cuidado de um familiar para outro, nos reporta para a idéia de cidadania e responsabilidade, quem cuida de quem? A equipe, a família, o usuário, a comunidade, considerando as propostas do modo psicossocial, devem intensificar as parcerias na divisão cotidiana do cuidado, assumindo as responsabilidades pela gestão emocional e relacional, tendo presente que o cuidado em saúde mental é algo que exige uma certa distribuição, delegação e negociação entre esses atores, cada dia mais intenso à medida que a convivência é o principal recurso terapêutico (SILVA, 2004).

A inserção familiar torna-se um objeto de atenção no CAPS, buscando o redirecionamento da assistência nos responsáveis do tratamento no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. A parceria com a família se constitui em estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com a loucura no território, proporcionando a potencialidade de trocas entre o serviço, usuário e sua rede social.

Portanto, as atividades de inserção familiar

são grupais, individuais e através das visitas. E no dia a dia, também tem familiar que acompanha o usuário no CAPS (EP1).

A minha participação é ajudar os pacientes, [...] dar todo o apoio que necessita. Enfim, tudo o que eu puder fazer por eles, eu faço, porque eu sei que aqui tem sido a minha casa. Eu ajudo nas oficinas a fazer alguma coisa.

Fazer os canudinhos de jornal para as cestinhas. Se tocar de varrer, eu varro. Se tocar a limpar alguma coisa, eu limpo. Se tiver um chorando, eu abraço. Tem o grupo de família [...] com a psicóloga, com a assistente social (EF3).

Nesse sentido, a participação da família como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS como nas assembleias, festas e grupos, constituem-se de ações que podem possibilitar a construção de laços, em que o usuário e a família são escutados e acolhidos no sofrimento trazidos por eles. Assim, a partir dos relatos dos entrevistados, identificamos as atividades das oficinas, o atendimento individual, a visita domiciliar, a busca ativa e o grupo de família como estratégias de integração entre equipe, família e usuário.

As oficinas são atividades identificadas como estratégia para a inserção da família no CAPS, pois, ao mesmo tempo em que pode oportunizar ao usuário meios para a sua reinserção social e o rompimento do isolamento através da vivência subjetiva, permitirá que o trabalho realizado nas oficinas se estenda à família, no sentido de produzir territórios existenciais que promovam a reinvenção da vida em seus aspectos mais cotidianos (RAUTER, 2000)

Nesse contexto, a atividade das oficinas possibilita a reconquista ou conquista dos usuários em relação à sua participação na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão. Esse trabalho requer ajuda da família, pois o usuário precisa sentir-se amparado para produzir conexões entre os diversos aspectos componentes do cotidiano, como o trabalho, lazer, amigos, refletindo na credibilidade e amadurecimento da própria família nesse processo.

A família não necessita estar presente nas atividades das oficinas para constituir uma estratégia da sua participação no cuidado, porque os resultados do trabalho realizado nas oficinas irão, de uma certa forma, refletir na atitude do usuário em casa e na sociedade, manifestando suas potencialidades e capacidades trabalhadas, conforme as falas a seguir:

normalmente não tem tanta participação dos familiares nas oficinas, porque as oficinas são mais para os pacientes. Mas tem alguns casos que o familiar participa das oficinas (EP6).

participam das oficinas, os familiares junto com os pacientes. Alguns, não são todos que participam do trabalho do CAPS em conjunto com as oficinas, com o que tiver, com os afazeres do CAPS (EP3).

As oficinas realizadas no CAPS caracterizam-se por ser um espaço que possibilita o contato dos usuários com atividades manuais, explorando a criatividade e a inventividade

através do aprendizado das técnicas e dos saberes, sendo coordenadas por profissionais habilitados na área (MELMAN, 2001).

As atividades das oficinas também podem promover a participação efetiva da família, mas para isso, elas devem ser caracterizadas como um dispositivo assistencial do modo psicossocial de organização horizontalizada e com a participação, além dos usuários, de seus familiares e de profissionais de diversas áreas, incorporando um espaço terapêutico “a partir do momento em que possibilitem aos sujeitos que nelas participam um lugar de fala, expressão e acolhimento” (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004, p. 521).

Desse modo, os discursos devem ser materializados nas práticas assistenciais para que possamos considerar a oficina como uma “estratégia global e não-técnica, permitindo o questionamento das Políticas de Saúde Mental para que haja uma ruptura radical com o modo asilar”. Porém, essa ruptura irá se concretizar no momento em que todos os atores envolvidos - profissionais, usuários, familiares e comunidade - forem englobados nesse processo (LAPPANN-BOTTI; LABATE, 2004, p. 525).

Afinal, oportunizar a produção do conhecimento e do social, no sentido de proporcionar espaços de atuação do usuário nas dimensões individuais, coletivas e culturais, faz com que as oficinas estabeleçam um modo de cuidar e de promover a subjetividade do usuário, o que inclui, nessa questão, a parceria da família e equipe como um dos aspectos essenciais para o início e manutenção desse processo.

Já a atividade da visita domiciliar aparece como outra estratégia para promover a participação familiar no trabalho conjunto com a equipe. Através dessa atividade, a equipe tem a possibilidade de conhecer a dinâmica familiar e compreender como ela se relaciona no seu meio, além de oportunizar uma interação do profissional com essa família, visando à busca de uma parceria no cuidado do usuário e possibilitando um atendimento domiciliar, pois

quando tu vai no domicílio, tu também tem contato com o familiar. Então, se tem um familiar que não vem no CAPS, mas aí tu faz uma visita domiciliar, tu também tem esse contato [...]. Eu já fiz várias visitas domiciliares e a gente também conhece a realidade daquela família (EP7).

A visita domiciliar é uma prática assistencial que se constitui como essencial para o cuidado do usuário e família, porque ela proporciona a oportunidade de acolher esses atores no meio em que vivem. Isso é importante por oferecer modos de cuidados alternativos àqueles centrados na instituição, possibilitando o conhecimento das reais necessidades do usuário e familiares.

Além disso, é uma atividade em que a equipe também pode utilizar para identificar as famílias que não participam das atividades do CAPS ou que demonstram dificuldades em cuidar do usuário, oportunizando uma aproximação que possa gerar um trabalho conjunto entre equipe e família, constituindo-se, desse modo, como uma estratégia para buscar a parceria da família no cuidado.

Através das visitas domiciliares, os profissionais também têm a oportunidade de fundamentar suas intervenções com base na realidade experienciada juntamente com a família, o que dá sentido para realizar essa atividade, conforme a fala a seguir:

aqui a gente trabalha com família no âmbito do CAPS mesmo, e a gente faz as visitas quando a gente estabelece essa relação [...], que eles não sintam como fazendo vistoria, reparar na situação da casa, na família, mas que é mesmo pra gente entender como é que a pessoa vive, muitas vezes isso é importante pra entender como ela se coloca e se organiza. E a gente procura trabalhar isso para que a família não sinta de forma invasiva essas visitas. A grande parte adora ser visitada, gosta de se sentir valorizado, de ser cuidado, que tem uma atenção especial para ele. Mas também, se encontra aquelas pessoas que não gostam das visitas (EP1).

Em outra fala, identificamos uma das dificuldades encontradas para a realização da visita domiciliar que é “o aumento da demanda, de modo que os técnicos não têm mais tempo para acompanhar e realizar outras atividades em função do aumento no número de atendimentos” (WETZEL, 2005, p. 213):

as visitas poderiam, de acordo com o nosso plano terapêutico, ser feitas com maior frequência. O grupo cresceu muito, o CAPS tem hoje um número de usuário que é impraticável uma constância. Então, a gente vai naquelas famílias que precisam de um olhar mais atento, mais de perto, isso a gente ainda consegue fazer (EP1).

Quando a equipe encontra dificuldades no planejamento, na organização e na realização da visita domiciliar, “a adesão ao tratamento, o vínculo, a intervenção precoce em crises, são algumas das metas no cuidado em saúde mental que ficam comprometidas” (WETZEL, 2005, p. 245).

A visita domiciliar é uma atividade que possibilita ao profissional intervir e compreender o cuidado desenvolvido pela família, o qual tem como “finalidade preservar a vida de cada um de seus membros, para alcançar o desenvolvimento pleno de suas potencialidades, de acordo com suas próprias possibilidades e as condições do meio onde ela vive” (DELGADO, 2004, p. 390).

O cenário no domicílio exige, dos profissionais, criatividade, solidariedade e respeito pelas escolhas do usuário e família, desse modo, a visita domiciliar é uma estratégia

de atenção que pode abrir espaços de cuidado, de interlocução, de acolhimento, de aceitação e de possibilidade.

Entendemos que este recurso deve ser sistemático e contínuo na proposta de trabalho do CAPS, pois abre uma porta singular para a convivência e a parceria entre equipe e família.

A busca/chamamento também são estratégias de inserção familiar, realizadas através das visitas domiciliares, de bilhetes e telefonemas para a família:

[...] a gente insiste muito, manda bilhete, telefona, a gente sempre usa alguns recursos assim, e sempre insistindo muito (EP5).

[...] a gente acha que é bom que eles vêm outro dia participar de outras atividades. Pega o telefone e liga para as pessoas que não costumam frequentar o CAPS. O usuário diz: - ele não vai me levar, ele tem dificuldade de ir. Então, a gente tenta conversar para ver de que forma pode se fazer (EP4).

A busca mostra um sentido de comprometimento e responsabilidade conjunta da equipe. É um modo de estar com a família quando as mesmas se apresentarem distantes do tratamento, ou com dificuldades no cuidado ou até mesmo quando a família não consegue conciliar seu horário com o do funcionamento do CAPS. Possibilita um outro espaço de expressar compromisso, de acolhimento das necessidades e dificuldades, ultrapassando a estrutura física das práticas assistenciais.

O CAPS possui recursos terapêuticos grupais e individuais para os usuários, familiares e comunidade. Dentre essas atividades, o atendimento individual revela uma prática terapêutica que possibilita uma atenção à família com a escuta e o acolhimento do sofrimento, o que oportuniza a promoção da saúde, assim como, se constitui de uma estratégia para a equipe buscar a parceria da família, mostrando que o cuidado do usuário se faz com um trabalho conjunto entre equipe e família.

O atendimento individual possibilita as pessoas envolvidas um contato mais direto e preciso, propiciando uma conversa resolutive das dificuldades encontradas pelos profissionais, ou familiares e usuários. Quando há necessidade de compreender atitudes, questionar alguma situação, ou seja, quando o assunto a ser abordado envolve a intimidade, a vida particular, é proposto o atendimento individual. Esse atendimento também aparece como uma estratégia para a equipe assistir a família, pois

uma coisa já estabelecida com o familiar, sempre que eu identifico uma situação com o paciente, que eu necessito ter um apoio familiar, eu peço para vir individualmente conversar comigo (EP8).

o CAPS é aberto, as pessoas da equipe são abertas quando o familiar necessita de atendimento, atendimento individual (EP8).

Oferecer atendimento quando o familiar solicita também se faz necessário para cuidar dessa família, mas não se constitui em uma estratégia de inserção familiar no cuidado, apenas ao fato da equipe manter-se aberta para o atendimento. A concretização da “inserção da família exige uma atitude de compromisso e responsabilização da equipe com a sua efetivação” (WETZEL, 2005, p. 209).

Atividades como festas comemorativas (festa junina, festa de natal), assim como, eventos realizados para promover a integração família-usuário-comunidade-técnico, também são instrumentos facilitadores para o trabalho conjunto da família com a equipe:

pra mim, é o grupo de familiares. E, também, todos os eventos que tem, seja festa, seja algum evento de integração com família, usuário. Até para conhecer as outras pessoas que freqüentam, até para eles não terem aquela visão de que os problemas só acontecem com eles, de fazer aquela bola de neve que vai aumentando cada vez mais. E tem, também, participação de reuniões direta com familiares ou aqueles trabalhos que são em conjunto: famílias, usuários e técnicos. Participação de eventos vinculados ao CAPS, a prefeitura, ou onde eles puderem buscar (EP4).

O familiar participa do grupo de família [...], mas os familiares participam de tudo, tem festas, tem atendimento quando a gente chama a família, tem atendimento individual também, tem visitas domiciliares, essa busca. Mas aqui no CAPS, no serviço, é o grupo de famílias, mas a gente usa de outros recursos, no caso, de telefones, visita domiciliar, pedir a participação em festas, em eventos, quando tem. É uma forma de chamá-los (EP5).

Todas as atividades desenvolvidas para promover a integração da família com os usuários, profissionais e outros familiares são essenciais, pois além do aprimoramento das relações, é um espaço que possibilita a troca de experiência e de ajuda entre as pessoas que vivenciam a mesma situação do processo saúde-doença.

A participação da família nos eventos realizados com os usuários também é uma oportunidade da equipe conhecer a família e convidá-la para visitar o serviço e participar de uma atividade, demonstrando que tal atitude é fundamental para o cuidado do usuário, como forma de motivação e valorização.

Dentre as estratégias identificadas para a equipe oportunizar a parceria da família no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o grupo de família apareceu como a principal atividade:

não tem propriamente, assim, atividades para os familiares porque são muitos pacientes. Então, tem mais atividades para os pacientes. Muito difícil acompanhante fazer alguma coisa, mais são os pacientes. Mas com os familiares, até o momento, só o grupo de família (EP2).

essa família é convidada a vir uma vez por mês no CAPS. Os grupos são quinzenais, mas a pessoa vem uma vez só, vai mudando a clientela a cada quinze dias. Então, mensalmente, o familiar é convidado a estar nos grupos (EP1).

O grupo de família é a atividade realizada no CAPS exclusivamente para os familiares. Esse grupo possibilita uma interação e compartilhamento das vivências entre os participantes, constituindo um espaço de troca de conhecimento e de experiências, “importante ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas, assim como tem permitido que um familiar possa se abrir para o discurso do seu companheiro” (MELMAN, 2001, p. 95).

Essa troca de conhecimentos entre os atores envolvidos no grupo aparece como um processo de

feedback, assim, o que está ajudando o CAPS, mas também, no que a família está precisando mais de ajuda. Não só em relação ao usuário, mas em relação a essas pessoas que vivem com ele, familiares, independentemente se é pai, mãe, no ambiente que ele convive ali, que ele possa saber mais como lidar com a pessoa, porque que é diferente, qual é a melhor maneira de tratar para que todo o ambiente fique mais harmonizado, para que as coisas melhorem dentro do serviço (EP4).

a gente desenvolve, desde o início, no caso, o grupo de famílias, com aquela família que tem mais resistência ao tratamento. Esse familiar que não tem conhecimento sobre a doença, às vezes, ele acha que o doente é um prevaletido, que ele se faz, ele é um estorvo. O grupo de famílias abre isso pra elas, coloca assim: o que é realidade da doença. Trabalha também o lado saudável, a gente trabalha no grupo, mas sempre mostrando o outro lado, o que é a doença e o que é o lado saudável, se tratando os dois ao mesmo tempo, para que ele tenha uma compreensão melhor [...] a família que está participando do grupo de família, a gente vê que tem progresso mais rápido. E aquele familiar que não se inclui no grupo, [...] com esses a dificuldade é maior. Tem progresso, mas é bem mais difícil do que quando o familiar se insere no serviço (EP5).

Fazer eles entenderem que eles virem no grupo de famílias, outros chamam de reunião, mas é grupo de família, eles seriam obrigados vim para saber como eles têm que tratar o paciente, como é que tem que manejar com ele em casa, como eles têm que se comportar na frente deles, como é que eles têm que fazer, eles têm que demonstrar carinho, eles têm que incentivar o paciente a tomar banho, que ele tem que tomar a medicação, que ele não pode sair sozinho (EP2).

Os integrantes do grupo têm a possibilidade de compartilhar as situações vivenciadas com o usuário, assim como, os profissionais têm a oportunidade de orientar e esclarecer o familiar quanto às situações da vida cotidiana, destacando o dispositivo grupal como “estratégia privilegiada por sua capacidade diferenciadora, intercessora nos processos

contemporâneos individualizados de experimentação da subjetividade” (BARROS, 2000, p. 282).

Desse modo, o cuidado produzido no grupo é resultado de uma força coletiva cuja responsabilidade também se encontra nas mãos do coordenador do grupo, o qual deve ter um “olhar atento à singularidade dos sujeitos, o que implica uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em conta as particularidades de cada situação” (MELMAN, 2001, p. 94).

A vivência em grupo possibilita o senso de inclusão, valorização e identificação nas experiências coletivas dos problemas de saúde. Além disso, pode favorecer a escuta e, na medida em que se dispõe de vários olhares acerca de uma mesma problemática, a capacidade resolutiva mutuamente se reforça (DALL’AGNOL; CIAMPONE, 1999).

Assim, a participação da família no grupo constitui uma oportunidade de

procurar trazer o problema da família para motivar os familiares também, porque tem muitas pessoas que se sentem sobrecarregadas com o paciente, e o CAPS vai incentivar para que o familiar faça parte do processo de tratamento (EP9).

eu venho sempre aos grupos de familiares. E eu acho que é muito boa essa participação, conviver com a psicóloga, com a assistente social, saber sobre a pessoa que é atendida (EF2).

Entretanto, para que a participação familiar no serviço seja efetiva, além da disposição e da vontade de participar, é necessário que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuário, sendo um aspecto relevante no cuidado em saúde mental, pois nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade. A idéia de responsabilização dos atores sociais envolvidos na atenção psicossocial, remete para a parceria com a comunidade, visando o grau de autonomia e ações norteadas por uma ética de solidariedade (SILVA, 2004).

O vínculo pode alicerçar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser sincera e de responsabilidade. Assim, o estabelecimento de vínculos vai facilitar a parceria, pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto.

Convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe, exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade, construindo uma responsabilização e um cuidado coletivo:

todas as famílias que eu conheço, acho que eles têm uma participação boa. Eles têm uma confiança. Eles vêm e contam, às vezes, segredos de família pra gente e a princípio parece boa. Não tenho recebido queixa, inclusive tem pessoas que até elogiam. Eu acho que a participação da família é boa, poderia ser melhor no sentido que se conhecesse todos, como a gente não tem um grande número de familiares que frequentam aqui. Então, aqueles que eu conheço, eu tenho uma participação boa (EP9).

Aquelas pessoas que eu tenho mais convivência, o meu relacionamento é muito bom com eles. Eles vêm e conversam, eles colocam se tem alguma dificuldade. Dentro das possibilidades, se eu posso, eu vou visitar na casa, conversar de acordo com as necessidades. Então, eu procuro uma proximidade com aqueles familiares que eu tenho mais convívio (EP10).

[...] sempre quando eu precisei, eu fui atendida. De falar alguma coisa, sobre o meu irmão, que eu estou precisando de um atendimento, sempre os problemas eles resolveram, me ajudaram a resolver. Sempre venho no CAPS para pedir ajuda como é que eu vou fazer, sempre fui atendida por eles, sempre me receberam muito bem (EF2).

[...] a família, o familiar todo, os pacientes, são todos muito bem tratados aqui dentro, são tratados como ser humano e não como bicho. São muito bem tratados e isso aí faz com que a gente tenha mais força de sobreviver (EF3).

Participar, estar próximo, junto, fazer em conjunto se constituem práticas construídas no dia a dia da vivência do sofrimento psíquico. Essa relação, esse vínculo, reverte-se em confiança, em caminhos menos sofridos, menos estigmatizados e mais partilhados para inventar novos modos de atenção em saúde mental.

O vínculo ao serviço entra também como um recurso de vencer as resistências da família nessa parceria, pois no convívio diário, na troca das informações, no esclarecimento das dúvidas, na descoberta de diferentes modos de fazer o cuidado em saúde mental é que vão estruturar-se propostas de atenção, de agir, de considerar, de aceitar as individualidades dos usuários e das famílias:

porque, no geral, no próprio acolhimento a gente já tem uma aproximação com essa família. Então, eu não tenho dificuldades, eu me vinculo através dos atendimentos que fazemos de alguma forma, ou é o grupo de família ou é através de uma visita. A gente sempre vai vendo os caminhos no primeiro atendimento. No acolhimento, a gente já tem uma noção porque, no geral, a pessoa vem acompanhada. São poucas as famílias que a gente vê uma resistência, até tem algumas que, por falta de esclarecimento, não se

vinculam. Mas, conforme a gente vai estreitando esses laços em relação profissional e mais família, eu acredito que a gente não tenha grandes dificuldades. São poucas, de um número grande de pessoas que a gente atende, que não se vinculam. Tem uns que já chegam aqui e já viram alguma coisa, já passaram, às vezes, por outro serviço e aí já tem uma certa consciência. E aquele que não tem, a gente trabalha. Claro, vai demorar um certo tempo, mas eu vejo progresso, eu acredito da importância (EP5).

me dou bem com todos, tenho boa comunicação com todos eles, tanto com a família como paciente. Pra mim é muito bom, gosto de conversar com eles, com eles pacientes e familiares. Têm relações boas do familiar com nós. Têm alguns que são rebeldes, familiar. Mas a gente, conversando com jeitinho, consegue trazer eles pra gente, para nós (EP3).

No contexto geral desse capítulo, a inserção familiar é entendida como condição *sine qua non* para o trabalho do CAPS. A família é parceira nesse processo que é permanente, está em movimento e requer negociação, interlocução para concretizar o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico.

Essa parceria com a família é fundamental, pois possibilita a desconstrução do isolamento social e a desmitificação da loucura, fatos que têm contribuído nas dificuldades da assistência em saúde mental.

O grupo de família, o atendimento individual, a busca/chamamento, as oficinas e a visita domiciliar são estratégias facilitadoras desse trabalho conjunto entre equipe, usuário e família, que deve ser criado, criticado e revisto diariamente.

Desejo, vontade, persistência são atributos necessários na equipe do CAPS para promover a parceria que se constitui através da acolhida e do vínculo, ou seja, dar créditos, dar ouvidos, aceitar e fazer novos nexos e novos significados no relacionamento com a família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação apresentou a temática da inserção familiar no cuidado da pessoa com sofrimento psíquico em um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, a importância desse trabalho conjunto entre família e equipe, e as estratégias utilizadas para a efetivação dessa parceria no cuidado em saúde mental.

Por muitos anos, a pessoa com sofrimento psíquico foi tratada em instituições que tinham como princípio terapêutico fundamental o isolamento do meio familiar, social e da própria vida, reforçando o estigma da periculosidade e incapacidade imputado ao louco e, desse modo, justificando sua exclusão da sociedade.

Diante dessa assistência, que se caracterizou como violenta e segregante, iniciaram-se movimentos de crítica às instituições psiquiátricas com o objetivo de buscar alternativas para promover uma intervenção que possibilitasse a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico.

No Brasil, o movimento de crítica à instituição psiquiátrica se consolidou após a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, quando se estabeleceu a necessidade de um redimensionamento da assistência psiquiátrica, visando à desinstitucionalização, e buscando uma nova forma de entender, tratar e lidar com a doença mental. Assim, foram implantados serviços substitutivos de caráter extra-hospitalar como o CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Lares Abrigados entre outros.

Os serviços substitutivos caracterizam-se por atender pessoas em sofrimento psíquico, oferecendo uma atenção orientada pelo modo psicossocial que acolhe, escuta, considera a subjetividade da pessoa e o meio em que ela vive, família e sociedade.

Nesse contexto, a família, que era afastada do cuidado da pessoa com sofrimento psíquico e, muitas vezes, considerada culpada pela doença, agora entra no cenário como o principal elo de ligação entre o serviço e a sociedade, em que todos os atores envolvidos - família, equipe, usuário e comunidade - exercem o papel de protagonista do cuidado em saúde mental.

A concretização dessa assistência ao usuário, que considera sua subjetividade e o meio em que vive, requer comprometimento e responsabilização da equipe de saúde mental na busca da parceria com a família, pois conjuntamente são facilitadores do processo de

construção de ações psicossociais que visam à reinserção social e a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico.

Nesse sentido, no presente estudo, um CAPS que pressupõe seu trabalho no modo psicossocial deve, fundamentalmente, considerar que essa proposta só se concretiza através da parceria e da participação familiar. Esse processo não é estável e não é fácil, exigindo do usuário, da família e da equipe: vontade, credibilidade e desejo de conquista.

A inserção da família acontece no compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado integral do usuário, sendo condição *sine qua non* para possibilitar uma inter-relação congruente com as necessidades do usuário e família.

No CAPS, a inserção da família também se constitui como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve apoiar-se na desconstrução da idéia de estar só no enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida: trabalho, lazer, moradia entre outros.

Essa possibilidade de parceria também sofre dificuldades, devendo a família parceira ser olhada também como objeto de intervenção da equipe de saúde mental, pois não se cuida sem família e, para tal, é exigido um olhar ampliado para todos os recursos encontrados nela própria e na sua rede social.

Outra questão que interfere na inserção da família no trabalho conjunto com o CAPS, refere-se ao sofrimento psíquico vivenciado por todos - usuário, família, equipe - caracterizando-se como uma vivência que se expressa nas condições de vida e nos diversos significados para a proposta de desinstitucionalização.

Trabalhar no CAPS em conjunto com as famílias, requer dos profissionais uma ação cotidiana, orientação, informação, esclarecimento, troca constante de modos de lidar e transformar as diferentes trajetórias de vida.

O trabalho conjunto do CAPS com a família é necessário para o cuidado não ser fragmentado, necessitando de continuidade e cumplicidade entre os envolvidos em todos os espaços sociais possíveis. Assim, as estratégias como o atendimento individual, o grupo de família, a busca ativa, a visita domiciliar, as oficinas são atividades realizadas no CAPS que tem como objetivos: orientar, esclarecer, facilitar, incentivar e apoiar a família nessa proposta de trabalho, objetivando, desse modo, a convivência e o respeito frente à experiência do sofrimento psíquico.

O estigma da doença mental deve ser entendido como um fator que impede a aproximação entre equipe, família e usuário, exigindo dos profissionais maior sensibilidade para a dor, valores e significados dos sentidos negativos originados pelo preconceito. Assim,

são palavras de ordem: troca, encargo, mediação, negociação, responsabilidade e resolutividade numa proposta que busca a parceria no cuidado em saúde mental.

Essa parceria entre equipe e família constitui-se através da formação de vínculos, ou seja, o relacionamento nas práticas assistenciais do CAPS é construída na proximidade do viver o dia a dia do sofrimento psíquico.

O vínculo reveste-se em confiança, em caminhos menos sofridos e menos estigmatizados na inserção da família no cuidado, bem como, no engajamento de novas parcerias para dentro do território.

Usuário, família, equipe e território são espaços de vida, de sentimentos, que nos abrem caminhos possíveis para a implementação da parceria no cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos da (Orgs.). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 29-41.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância**. AMARANTE, Paulo (Coord). Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 171-94.

BARROS, Regina Benevides de. O Dispositivo Grupal no Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 277-83.

BEZERRA Jr., Benilton. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA Jr., Benilton; AMARANTE, Paulo (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 31-7.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei de Direitos Autorais nº 9.610**, de 20 de fevereiro de 1998. Diário Oficial da União, 20 fev. 1998.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CATENA, Rozani Maria; GALERA, Sueli A. Frari. Doente mental e família: estes desconhecidos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 53-8, 2002.

CAVALHERI, Silvana Chorrat. Acolhimento e orientação à família. In: VII CONGRESSO DE PSIQUIATRIA CLÍNICA, 14-16 jun. 2002. Mesa Redonda: **Importância da Família na Saúde Mental**, 15 jun. 2002. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana/>>. Acesso em: 07 set. 2005.

CECAGNO, Susana; SOUZA, Maiquel Danzer de; JARDIM, Vanda Maria da Rosa. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-12, 2004.

CERVO, Amado; BERVIAN, Pedro. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1990.

COSTA, Anita Marques; CREUTZBERG, Marion. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 58-69, 1999.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.141-68, 2000.

CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos. **Família do doente mental: os significados atribuídos pela equipe do Programa Saúde da Família**. 2005. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DALL'AGNOL, Clarisse Maria; CIAMPONE, MHT. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DELGADO, Josefa A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2 ed. Maringá: EDUEM, 2004.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silva; SILVA, Mara Regina Santos (Orgs). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. ed. Maringá: EDUEM, p.19-28, 2004.

ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, Lydia Igenes Rossi (Coord). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo: Cortez, 1993.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. **O sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial**: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.160-6, maio/ago. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Rio Grande do Sul: Pelotas. Rio de Janeiro, [2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php/>. Acesso em: 28 maio 2006.

LAPPAN-BOTTI, Nadja Cristiane; LABATE, Renata Curi. Oficinas em saúde mental: a representação dos usuários dos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 519-26, out./dez. 2004.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LAUTENSCHLÄGER, Jussara. Cidade: CAPS de Pelotas é exemplo para o Brasil. **Diário Popular**, Pelotas, 18 maio 2004. Disponível em: http://www.diariopopular.com.br/18_05_04/jl170501.html. Acesso em: 21 mar. 2006.

MACÊDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n. 4, p. 585-92, out./dez. 2004.

MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e Saúde Mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 571-79, jul./set. 2002.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

MORENO, Vânia. A família do portador de sofrimento mental: olhares, trajetórias percorridas e possibilidades. In: MELLO e SOUZA, Maria Conceição B. de; COSTA, Maria Cristina Silva (Orgs.). **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/FIERP, 2005. p. 51-63.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvia Manoug (Org). **Família brasileira, a base de tudo**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2002.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de. **Pintando novos caminhos**: visita domiciliar em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLSCHOWSKY, Agnes. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**: análise da pós-graduação "Lato Sensu". 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 267-77.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRANK, Guisela; KANTORSKI, Luciane Prado. **Os Centros de Atenção Psicossocial e a inserção da família no cuidado do portador de transtorno psíquico**. 2004. 100 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2004.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial**. 2004. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA FILHO, João Ferreira da; LEIBING, Annette G. A Psiquiatria, sua história e seu futuro no Brasil. Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 13-6, 1999.

SOUZA, Rozemere Cardoso *et al.* Projeto Terapêutico na atenção em psiquiatria: a importância da inserção familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 80-6, set./dez. 2001.

SOUZA, Rozemere Cardoso; PEREIRA, Maria Alice Ornelas; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Família e Transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des) encontram. **Revista Gaúcha de Enfermagem**: Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, jul. 2002.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. Família e necessidades... revendo estudos. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 147-57, 2004.

WETZEL, Christine. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

WRIGHT, Lorraine M.; LEASHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2004.

YIN, Roberto K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

**APÊNDICE A - Aprovação do Comitê de Ética em
Pesquisa da UFRGS**



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro*pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número: 2005438


Título: O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
AGNES OLSCHOWSKY	PESQ RESPONSÁVEL	agnes@portoweb.com.br	33165421
GUISELA SCHRANK	PESQUISADOR	guisela@pop.com.br	

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 41 ata nº 62, de 15/09/2005, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 16 de setembro de 2005


José Roberto Goldim
 Coordenador do CEP-UFRGS

APÊNDICE B – Formulário para o Registro das Observações

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

REGISTRO DAS OBSERVAÇÕES**Data:****Local:****Início:****Término:****Participante:****Observação:****Percepção do observador:**

APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa para o Profissional

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Número:

Profissão:

Tempo de Trabalho na Área de Saúde Mental (mês/ano):

Tempo de Trabalho no CAPS (mês/ano):

ENTREVISTA

- 1) Como você vê a participação da família no CAPS?
- 2) Quais atividades que o CAPS têm realizado com os familiares?
- 3) Como é sua vinculação com a família?

APÊNDICE D - Instrumento de Pesquisa para o Familiar

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Número:

Grau de Parentesco:

Idade:

Tempo que participa no CAPS:

ENTREVISTA

- 1) Para você, como é sua participação no serviço?

- 2) Você se sente acolhido(a) pela equipe do CAPS?

APÊNDICE E - Instrumento de Pesquisa para o Usuário

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número:

Grau de Parentesco:

Idade:

Tempo que participa no CAPS:

ENTREVISTA

1) Você acha que sua família participa do CAPS? Como?

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Você é convidado a participar da pesquisa intitulada: “O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família”, tendo como autores Guisela Schrank e Agnes Olschowsky (orientadora da pesquisa).

Este trabalho tem o objetivo de conhecer as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do CAPS para inserir a família no cuidado do doente mental. A coleta de dados será através da observação e realização de entrevistas gravadas com a equipe multiprofissional, familiares e usuários, as quais terão duração média de 30 (trinta) minutos com questões referentes ao trabalho da equipe com a família, bem como questões referentes às percepções dos familiares e dos usuários sobre a participação no CAPS.

De acordo com o presente termo de consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida relacionada ao estudo; da liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que esta atitude traga prejuízo para a minha pessoa ou para o usuário; da segurança de que não serei identificado(a) e de que as informações obtidas em relação a minha pessoa serão confidenciais; do total acesso às informações em todas as etapas do trabalho e dos resultados; de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais; de que os resultados do estudo serão transcritos com honestidade e divulgado para a comunidade em geral, através de eventos científicos, meios de comunicação e publicações. Informo, também, que aos profissionais, não haverá interferências no vínculo empregatício nem influências hierárquicas e, aos familiares e usuários, não haverá prejuízo ao atendimento a quem têm direito.

Pelo presente consentimento informado eu, _____, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e dos procedimentos da coleta de dados.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2005

Nome Completo do Participante

Fone:

Guisela Schrank - (51) 91292505

Agnes Olschowsky - (51) 33165431

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE G - Pedido de Autorização ao Coordenador Municipal de Saúde MentalUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo(a) Sr.(a)

Coordenador(a) de Saúde Mental
Prefeitura Municipal de Pelotas

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, solicitamos autorização para realizar observação e entrevista com profissionais, familiares e usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, no 2º semestre de 2005.

Estas duas técnicas de coleta de dados são fundamentais na construção da dissertação de mestrado intitulada “O Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família”, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. O objetivo deste estudo é conhecer as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do CAPS para inserir a família no cuidado do doente mental, bem como a percepção das famílias de sua inclusão neste processo.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa, a qual trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Certas de seu apoio, desde já agradecemos a oportunidade, bem como, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Guisela Schrank
Enf^a. Mestranda em Enfermagem
Autora da Pesquisa

Agnes Olschowsky
Enf^a. Prof^a. Dr^a. em Enfermagem
Orientadora da Pesquisa

APÊNDICE H - Pedido de Autorização ao Coordenador do CAPSUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo(a) Sr.(a)

Coordenador(a) do Centro de Atenção Psicossocial

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, solicitamos autorização para realizar observação e entrevista com profissionais, familiares e usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, no 2º semestre de 2005.

Estas duas técnicas de coleta de dados são fundamentais na construção da dissertação de mestrado, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. O objetivo deste estudo é conhecer as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional do CAPS para inserir a família no cuidado do doente mental.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no trabalho, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa, a qual trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Certas de seu apoio, desde já agradecemos a oportunidade, bem como, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Guisela Schrank
Enf^a. Mestranda em Enfermagem
Autora da Pesquisa

Agnes Olschowsky
Enf^a. Prof^a. Dr^a. em Enfermagem
Orientadora da Pesquisa

ANEXO A - Movimento “Por uma Europa sem manicômios”

P
D Psichiatria Democratica

CGIL
Piemonte



PER UN'EUROPA SENZA MANICOMI

Promuovere la salute mentale come problema collettivo

Torino 10 - 12 novembre 2005

Europe Without Mental Institutions

Mental Health as a Collective Problem

Torino November 10 - 12, 2005

Centro Internazionale di Formazione
Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL/BIT)
International Labor Organization (ILO)
Via Maestri del Lavoro, 10
10127 Torino, Italia

ANEXO B - Descrição das atividades do CAPS II Fragata

Reconstrução
participativa



Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar

DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES CAPS II FRAGATA

Dados de Identificação:

Local: CAPS II Fragata

Endereço: Duque de Caxias 1120

Clientela: 220 usuários

Acolhimento:

O usuário ao chegar ao CAPS II FRAGATA e atendido pela recepcionista tem agendado seu primeiro atendimento para ser triado pelo serviço. Conforme a urgência do quadro apresentado o técnico responsável pelo plantão diário faz o acolhimento e a avaliação da situação atual e pregressa, com o objetivo de minimizar o sofrimento apresentado no momento, orientado para o retorno, após a realização da avaliação e discussão pela equipe técnica, devido à necessidade de definição das modalidades de atenção a serem consideradas.

Atendimento individual:

*Critérios:

O aspecto relevante nesta modalidade de atendimento ao usuário e familiares, visa a necessidade apresentada pelo usuário no momento do acolhimento (ex: diagnóstico e situação da crise), observando o engajamento e disponibilidade para o tratamento, capacidade de insight e dificuldades na interação grupal.

Os atendimentos individuais podem ser: de orientação, de apoio, psicoterápico ou acompanhamento.

Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar

Atendimento em grupo:

*Critérios:

Após discussão e estudo do caso em equipe em geral ocorrem alguns atendimentos individuais preparatórios, sendo o usuário posteriormente encaminhado para o grupo ao qual foi orientado.

Sendo alguns dos critérios usados para indicação: faixa etária, gênero, conflitiva, diagnóstico, disponibilidade interna e interesse.

A equipe, na medida do possível, procura diversificar os membros dos grupos de forma a aproveitar os recursos de cada integrante, embora alguns grupos sejam formados por características comuns (grupos de transtornos afetivos, grupo de mulheres, grupos de usuários de psicofármacos).

Tipos de grupos:

*Orientação e apoio:

-Grupos de transtornos mentais crônicos:

- a) Transtornos Bipolares;
- b) Transtornos Esquizofrênicos;
- c) Transtornos Orgânicos,

-Grupos de Psicofármacos:

- a) Benzodiazapínicos;
- b) Reguladores do Humor e Antidepressivos;
- c) Neurolépticos,

*Operativos- Comunitários:

-Grupos de Familiares

*Terapêuticos- Psicoterápicos (de Insight e cognitivo comportamental):

- Grupos de adolescentes
- Grupos de mulheres
- Grupos de qualidade de vida (adictos, álcool e drogas)

Reconstrução
participativa



Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar

*Intervenção Socioterápica:

-Oficinas Terapêuticas (com técnicas de reabilitação psicossocial).

Oficinas Terapêuticas:

*Critérios para participação das oficinas:

-Estar em atendimento no CAPS II FRAGATA em alguma modalidade de atenção oferecida no serviço (psicoterapia ou tratamento psiquiátrico).

-Quando apresenta dificuldade quanto a sua capacidade produtiva, necessidade de resgate de auto-estima, inserção social e familiar, trabalhando a criatividade de expressão e estabelecimento de vínculos.

-O usuário do serviço poderá vincular-se a mais de uma oficina conforme o interesse pelas atividades desenvolvidas.

*Tipos de oficinas desenvolvidas no CAPS II FRAGATA:

-Atualmente as oficinas envolvem atividades de artesanato (tapeçaria, embalagem, etc.), marcenaria, horta e jardinagem, tricô, crochê, bordado, costura, teatro, música, pintura, desenho, modelagem, culinária e aulas de alfabetização.

As oficinas são orientadas por profissionais das artes responsáveis por coordenar, planejar e executar as atividades de oficinas, pela supervisão das estagiárias do ILA que atuam nas mesmas, assim como pelo trabalho dos voluntários da comunidade que contribuem com a diversificação das atividades propostas.. A adesão à estas faz parte da proposta de tratamento no centro.

*Atividades Comunitárias:

O CAPS II FRAGATA desenvolve atividades de caráter comunitário, tais como: festas, onde a comunidade é convidada a participar; apresentações; feiras; exposição de trabalhos de pintura e modelagem.

Participa-se de jogos, festas, passeios e eventos culturais, palestras, seminários, conferências, entre outras atividades para as quais o grupo é convidado.

Reconstrução
participativa



Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar

O grupo participa intensamente da associação de usuários e frequenta sessões do Conselho Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, sempre que a pauta seja do interesse do grupo, que reivindica e manifesta-se ativamente na busca de seus direitos.

Atendimento Familiar:

Todo o usuário atendido tem a sua disposição grupos de atenção familiares, considerando a necessidade de intervenção na dinâmica familiar, visto que o paciente com sofrimento psíquico, vive a fragilização dos vínculos e relações no meio familiar.

Sendo a participação e comprometimento da família indispensável para o sucesso do tratamento. O atendimento é oferecido individualmente quando necessário.

Visitas Domiciliares:

As visitas domiciliares fazem parte da rotina do serviço com objetivo de resgatar e/ou acompanhar usuários e familiares com dificuldade na adesão ou acesso ao serviço. São realizadas geralmente pela assistente social acompanhada por outro técnico da equipe.

Crítérios de Alta:

Assim que o paciente superar as dificuldades que motivaram a busca pelo atendimento e avaliado pela equipe como mais bem adaptado para lidar com as demandas de sua vida diária será discutida a sua alta. O usuário portador de distúrbio mental crônico poderá permanecer no serviço por tempo indeterminado, pôr necessitar de atendimento intensivo e sistemático. Sendo que após a alta da atenção diária, seguira com algum tipo de vínculo com serviço, semanal, quinzenal ou mensal (em grupos e/ou tratamento medicamentoso de manutenção). Quando em psicoterapia breve a alta será determinada pela resolução do conflito ou da crise e/ou pelo tempo pré-estabelecido desde que reavaliada esta possibilidade.

Março de 2003.