



unioeste

**Universidade Estadual do Oeste do Paraná
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - MESTRADO**

ANA ROSA SALVALAGIO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE AS FAMÍLIAS
ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

TOLEDO-PR

2018

ANA ROSA SALVALAGIO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE
AS FAMÍLIAS ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE
SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social. Área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista

**TOLEDO - PR
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Salvalagio, Ana Rosa

A Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná / Ana Rosa Salvalagio; orientador(a), Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista, 2018.

208 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Toledo, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Graduação em Serviço Social Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2018.

1. Saúde Mental. 2. Família. 3. CAPS. 4. Reforma Psiquiátrica. I. Formoso Cardoso e Silva Batista, Maria Isabel . II. Título.

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE AS FAMÍLIAS
ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Rejane Teixeira Coelho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa
Universidade Federal do Piauí

Toledo, 29 de agosto de 2018



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE ANA ROSA SALVALAGIO, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Ao(s) 29 dia(s) do mês de agosto de 2018 às 14h00min, no(a) Sala 08, Bloco E, realizou-se a sessão pública da Defesa de Dissertação do(a) candidato(a) **Ana Rosa Salvalagio**, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - nível de Mestrado, na área de concentração em Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos. A comissão examinadora da Defesa Pública foi aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Integraram a referida Comissão os(as) Professores(as) Doutores(as): Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista, Rejane Teixeira Coelho, Lucia Cristina dos Santos Rosa. Os trabalhos foram presididos pelo(a) Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista, orientador(a) do(a) candidato(a). Tendo satisfeito todos os requisitos exigidos pela legislação em vigor, o(a) candidato(a) foi admitido(a) à Defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, intitulada: "A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE AS FAMÍLIAS ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ". O(a) Senhor(a) Presidente declarou abertos os trabalhos, e em seguida, convidou o(a) candidato(a) a discorrer, em linhas gerais, sobre o conteúdo da Dissertação. Feita a explanação, o(a) candidato(a) foi arguido(a) sucessivamente, pelos(as) professores(as) doutores(as): Rejane Teixeira Coelho, Lucia Cristina dos Santos Rosa. Findas as arguições, o(a) Senhor(a) Presidente suspendeu os trabalhos da sessão pública, a fim de que, em sessão secreta, a Comissão expressasse o seu julgamento sobre a Dissertação. Efetuado o julgamento, o(a) candidato(a) foi aprovada. A seguir, o(a) Senhor(a) Presidente reabriu os trabalhos da sessão pública e deu conhecimento do resultado. E, para constar, o(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - Campus de Toledo, lavra a presente ata, e assina juntamente com os membros da Comissão Examinadora e o(a) candidato(a).

Orientador(a) - Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Toledo (UNIOESTE)

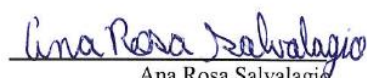
Rejane Teixeira Coelho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ANA ROSA SALVALAGIO, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Lucia Cristina dos Santos Rosa
Universidade Federal do Piauí (UFPI)



Ana Rosa Salvalagio
Candidato(a)



Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – NÍVEL MESTRADO
CAMPUS DE TOLEDO – PR

PARECER DA BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Data: 29 de outubro de 2018.

Horário: 14h30min

Nome da aluna: Ana Rosa Salvalagio

Orientadora: Professora Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista

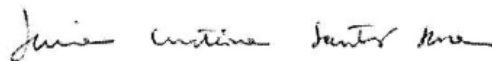
Área de concentração: Serviço Social, Políticas Sociais e Direitos Humanos
Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Desenvolvimento e Direitos Humanos

Título da Dissertação: “A REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS REBATIMENTOS SOBRE AS FAMÍLIAS ATENDIDAS NOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ”.

Membro da banca: Profa. Dra. Lucia Cristina dos Santos Rosa – Universidade Federal do Piauí

OBS: A participação do membro externo da banca ocorreu por meio de Videoconferência.

Conceito: Aprovada



Profa. Dra. . Lucia Cristina dos Santos Rosa
Universidade Federal do Piauí

Profª Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa
UFPI / CCHL / DSS
SIAPE 423621
CRESS 22ª Região 595

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Orlando Salvalagio e Genir Sbaís Obice Salvalagio. A vocês que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade. A vocês que me fortaleceram de afeto, amor e incentivo. A vocês eu dedico este trabalho com muito amor e carinho.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Maria Isabel, pela orientação, compreensão e dedicação durante esse processo de aprendizagem. Agradeço-lhe por compartilhar conhecimentos e experiências, por entender minhas limitações e por acreditar nas minhas potencialidades, me provocando e me estimulando sempre na busca pelo conhecimento. Você fez toda a diferença nessa caminhada de luta para realização da presente pesquisa. Eterna admiração pelo seu potencial crítico e reflexivo, bem como sua humanização.

Aos meus professores do mestrado, pelas oportunidades de reflexão e pelos conhecimentos compartilhados.

Às minhas colegas de Mestrado, pelo prazer da convivência e das trocas com cada uma de vocês durante nossa formação. Pelo apoio mútuo, pelas risadas, pelos desabafos e pelas reflexões críticas.

Às professoras Lucia Cristina dos Santos Rosa, Rejane Coelho e Diuslene Rodrigues Fabris, pelas contribuições e reflexões teóricas nesse processo investigativo. Obrigada pelos saberes compartilhados!

À “minha” equipe de trabalho do CAPS I de Assis Chateaubriand, pela compreensão dos momentos de cansaço, de ausência, de angústias e de “crises” durante o processo de formação profissional. Sou grata por poder contar com vocês nas “loucuras” do dia a dia no CAPS. “Somos todos loucos. Loucos uns pelos outros”. Em especial, à Josy, pelos seus carinhos de “mãe”. E as minhas parceiras do “quarteto fantástico”, à Francielly, à Andressa e à Lirian, pelo apoio, compreensão e amizade. Sem vocês não teria conseguido.

Às minhas amigas e colegas de profissão Cidinha, Carla, Rosana e Rosangela, pela convivência, pelas trocas de saberes, pelo apoio e principalmente pela amizade.

A todos meus amigos, pela força, pelo incentivo e companheirismo. Em especial, Sheila, Juliana, Ligiana, Sirlene, Cristiane e Luciana.

À minha prima, amiga e Assistente Social Elisangela, pelo incentivo, pelas “trocas de figurinhas” e pela amizade incondicional. Obrigada!

Aos meus pais, que suportaram ao meu lado os momentos angustiantes. Pelo carinho, amor, apoio e compreensão. Meus exemplos de vida e de amor. Amo vocês!

À minha irmã Elaine, ao meu sobrinho Raphael, ao meu cunhado Edilson, pelo estímulo na realização dessa pesquisa, por compreenderem minhas ausências e minhas angústias nesse processo investigativo. Obrigada pelo amor e carinho que tornam os meus dias mais felizes e

bonitos. Amo vocês!

À minha linda afilhada Rosa Helena, que com seu sorriso torna meus dias mais felizes.

À minha princesa Mel, por me esperar todos os dias com alegria. Meu pacotinho de amor, embrulhado em pelo.

A toda minha família, pelo amor incondicional e por estarem sempre por perto, vocês são meu porto seguro!

Agradeço, principalmente, aos CAPS I, aos trabalhadores e aos familiares que fizeram parte dessa investigação, que prontamente abriram o espaço para essa pesquisa e dividiram comigo seus saberes e suas histórias.

À Unioeste, por possibilitar-me um ensino público, gratuito e com qualidade.

A todos os que, de uma forma ou de outra, me auxiliaram neste trabalho.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. ”

Nise da Silveira

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade..."

Nise da Silveira

RESUMO

Atualmente, a assistência em Saúde Mental é o reflexo de inúmeras discussões e mudanças que culminaram no processo da Reforma Psiquiátrica, que visa à substituição gradativa dos Hospitais Psiquiátricos por serviços abertos de base comunitária, dentre eles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são considerados um dos principais dispositivos da política de Saúde Mental. A instituição familiar foi historicamente afastada da pessoa com transtorno mental, mas ao longo do processo histórico e das mudanças na Política de Saúde Mental, essa foi tomada como parceira no cuidado. Nesse contexto, os impactos gerados pela necessidade do cuidado familiar do transtorno mental, relaciona-se também à peculiaridade das políticas sociais no Brasil (geralmente, focalistas, precarizadas e assistencialistas) e à Saúde Mental, sendo uma dessas políticas, não escapa à sua lógica. Frente a essa realidade, como os CAPS são atualmente os equipamentos estratégicos da Política de Saúde Mental, os usuários e suas famílias são sujeitos à chaves para se compreender a problemática que se quer pesquisar, a saber: Em que medida a implementação da Reforma Psiquiátrica gera impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná? Quais são esses impactos? Ou que tipo de rebatimentos foram produzidos sobre a família diante da necessidade do cuidado de um membro com transtorno mental posta pela lógica da convivência familiar e comunitária em que se pauta a Reforma Psiquiátrica? Para responder a tais perguntas de pesquisa, esta proposta investigativa realizou-se por meio da abordagem qualitativa, por meio da pesquisa exploratória. Para tanto, realizou-se um estudo empírico com os sujeitos da pesquisa: famílias de pessoas com transtorno mental atendidas nos CAPS I dos municípios da 20ª Regional de Saúde do Paraná (Assis Chateaubriand, Palotina, Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena). Objetivou-se, com este estudo, apreender, compreender e analisar os rebatimentos/impactos da implementação da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias atendidas nos CAPS I da referida Regional de Saúde. Utilizou-se como metodologia a entrevista semiestruturada, os dados coletados foram analisados e interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados obtidos revelaram que os CAPS I precisam implementar ações que atendam às famílias como sujeitos que cuidam, mas que também precisam de cuidado. Apesar da insuficiência de atividades direcionadas para a família, os familiares demonstram satisfação com o trabalho que o CAPS realiza com as pessoas com transtorno mental. Conclui-se, com base nos dados, que a Reforma Psiquiátrica, na condição de um processo de tensões e contradições, as quais permeiam a própria sociedade capitalista, apresenta suas fragilidades; entretanto, ela não deixa de ser uma proposta importantíssima para a construção de novas formas de cuidado e novas relações entre Família/Usuário/Serviços. Não obstante, apesar dessa importância, ficou latente nos discursos dos familiares/cuidadores a família como agente privado de proteção social, ao assumir funções de proteção que o Estado deveria exercer, evidenciando-se uma família sobrecarregada com as demandas do cuidado. Espera-se que esta pesquisa possibilite reflexões importantes para os profissionais e gestores da Saúde Mental, uma vez que a aproximação com a realidade dos usuários dos CAPS I e seus familiares, levantou-se dados quantitativos e qualitativos relevantes sobre a convivência familiar, dando suporte para novas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Família; Centro de Atenção Psicossocial; Política de Atenção em Saúde Mental.

ABSTRACT

Currently, Mental Health care is the reflection of numerous discussions and changes that culminated in the Psychiatric Reform process, which aims to gradually replace Psychiatric Hospitals with community-based open services, such as the Psychosocial Care Center (PCC), considered one of the main provisions of Mental Health policy. The family institution was historically moved away from the person with mental disorder, but throughout the historical process and the changes in Mental Health Policy, this was taken as a partner in the care. In this context, the impacts generated by the need for family care for mental disorders are also related to the peculiarity of social policies in Brazil (generally, focalists, precarious and welfarist), and Mental Health, being one of these policies, does not escape its logic. As the PCC is a currently the strategic equipment of the Mental Health Policy, users and their families are key subjects to understand the problem to be researched, namely: To what extent the implementation of the Psychiatric Reform generates impacts on the families served in the PCC I of the 20th Regional of Health of Paraná? What are these impacts? Or, what kind of refuting were produced about the family in the face of the need to care for a member with mental disorder posed by the logic of family and community life in which the Psychiatric Reform is based? In order to respond to this research problem, this research proposal is carried out through the qualitative approach, through exploratory research. To do this, an empirical study is carried out by the research subjects: families of people with mental disorders treated in the PCC I of the municipalities of the 20th Regional Health Center of Paraná (cities of Assis Chateaubriand, Palotina, Guaíra, Marechal Cândido Rondon, and Santa Helena). The purpose of this study is to: seize, understand and analyze the refuting / impacts of the implementation of the Psychiatric Reform on the families served in the PCC I by the referred Health Region. The semi-structured interview is used as a methodology and the data are interpreted collected through the technique of content analysis. The results show that PCC I need to implement actions that address families as caregivers, but also need care. Despite insufficient family-directed activities, family members demonstrate satisfaction with the performance of PCC related to the treatment mental disorder patients. We conclude that the Psychiatric Reform as a process of tensions and contradictions, which permeate capitalist society itself, has its weaknesses; however, it is still a very important proposal for the construction of new forms of care and new relations between Family / User / Services. In spite of this importance, it is clear in the discourses of family members, the role of the family as a private agent of social protection, when assuming the functions of protection that the State should exercise, evidencing a family overloaded with the demands of care. It is hoped that this research allows important reflections for professionals and managers of Mental Health, once the approximation with the reality of the users of the PCC I and their relatives, relevant quantitative and qualitative data on the familiar coexistence was obtained, giving support for new interventions.

KEYWORDS: Psychiatric Reform, Family, Psychosocial Care Center, Attention Policy in Mental Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Localização da Mesorregião Oeste do Estado Paraná.....	87
Figura 2:	Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Paraná.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Estado Civil das Pessoas com Transtorno Mental	96
Gráfico 2:	Sexo das Pessoas com Transtorno Mental.....	97
Gráfico 3:	Idade das Pessoas com Transtorno Mental.....	98
Gráfico 4:	Grau de escolaridade das Pessoas com Transtorno Mental.....	99
Gráfico 5:	Vínculo trabalhista das Pessoas com Transtorno Mental.....	100
Gráfico 6:	Profissão das Pessoas com Transtorno Mental.....	101
Gráfico 7:	Relação entre trabalho e Transtorno Mental.....	102
Gráfico 8:	Benefício das Pessoas com Transtorno Mental.....	103
Gráfico 9:	Tipos de Benefício das Pessoas com Transtorno Mental.....	103
Gráfico 10:	Tipos de internamentos das Pessoas com Transtorno Mental.....	104
Gráfico 11:	Quantidade de Internamentos por Pessoa com Transtorno Mental.....	105
Gráfico 12:	Quantidade de tempo dos internamentos das Pessoas com Transtorno Mental.....	106
Gráfico 13:	Tipos de Transtornos Mentais.....	107
Gráfico 14:	Diagnóstico das Pessoas com Transtorno Mental.....	108
Gráfico 15:	Idade que iniciou o Transtorno Mental	110
Gráfico 16:	Doenças clínicas.....	111
Gráfico 17:	Diagnóstico de outras doenças das Pessoas com Transtorno Mental....	111
Gráfico 18:	Estado civil do familiar/cuidador.....	112
Gráfico 19:	Sexo do familiar/cuidador.....	113
Gráfico 20:	Faixa etária do familiar/cuidador.....	114
Gráfico 21:	Parentesco do familiar/cuidador com a pessoa com transtorno mental	114
Gráfico 22:	Grau de Escolaridade do familiar/cuidador.....	115
Gráfico 23:	Vínculo trabalhista do familiar/cuidador.....	116
Gráfico 24:	Profissão do familiar/cuidador.....	117
Gráfico 25:	Divisão de moradia do familiar/cuidador com a pessoa com transtorno mental.....	118
Gráfico 26:	Renda Familiar do familiar/cuidador.....	119
Gráfico 27:	Situação de moradia do familiar/cuidador.....	120
Gráfico 28:	Quantidade de pessoas na moradia do familiar/cuidador.....	121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Núcleos de sentido e categorias referente ao suporte que o CAPS realiza para as famílias.....	90
Quadro 2:	Núcleos de sentido e categorias referente a crises psíquicas.....	123
Quadro 3:	Núcleos de sentido e categorias referente as atividades que os familiares desejam para o CAPS.....	125
Quadro 4:	Núcleos de sentido e categorias referente a participação da pessoa com transtorno mental no CAPS.....	127
Quadro 5:	Núcleos de sentido e categorias referente a percepção dos familiares sobre a Reforma Psiquiátrica.....	129
Quadro 6:	Núcleos de sentido e categorias referente atendimento da APS e do CAPS.....	131
Quadro 7:	Núcleos de sentido e categorias referente o papel do CAPS diante da sobrecarga familiar.....	133
Quadro 8:	Núcleos de sentido e categorias referente ao tratamento medicamentoso.....	135
Quadro 9:	Núcleos de sentido e categorias referente a avaliação familiar sobre o CAPS.....	137
Quadro 10:	Núcleos de sentido e categoria referente aos impactos do processo de cuidado familiar.....	138
Quadro 11:	Núcleos de sentido e categorias referente a organização familiar frente ao cuidado em Saúde Mental.....	142
Quadro 12:	Núcleos de sentido e categorias referente rotina familiar no convívio com uma pessoa com transtorno mental.....	146
Quadro 13:	Núcleos de sentido e categorias referente a preocupação do familiar em relação a pessoa com transtorno mental.....	150
Quadro 14:	Núcleos de sentido e categorias referente aos sentimentos dos familiares sobre o cuidado.....	152
Quadro 15:	Núcleos de sentido e categorias referente ao impacto social do cuidado familiar.....	154
Quadro 16:	Núcleos de sentido e categoria referente ao impacto econômico do cuidado familiar.....	157
Quadro 17:	Núcleos de sentido e categoria referente ao impacto emocional do cuidado familiar.....	159
Quadro 18:	Núcleos de sentido e categoria referente as dificuldades no convívio com uma pessoa com transtorno mental.....	161
Quadro 19:	Núcleos de sentido e categoria referente os comentários finais traçados pelos familiares entrevistados.....	163

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comissão de Ética Pública

CISCOPAR- Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSS- Instituto Nacional do Seguro Social

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PA- Pronto Atendimento

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 FAMÍLIA, ESTADO E PROTEÇÃO SOCIAL	25
1.1 REFLEXÕES CONCEITUAIS E HISTÓRICAS SOBRE A FAMÍLIA.....	26
1.2 A FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS	39
1.2.1 As políticas sociais no capitalismo: tenções e tensionamentos	40
1.2.2 A (des)proteção social no estado capitalista: do “Welfare State” ao “Welfare Family”	47
1.2.3 Paradoxos acerca da centralidade da família nas Políticas Sociais	54
2 SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA	61
2.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA	61
2.2 A FAMÍLIA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	71
2.3 A FAMÍLIA E AS “POLÍTICAS DE CUIDADO” EM SAÚDE MENTAL	75
2.3.1 Do cuidado “na” Família ao cuidado “da” Família: reflexões acerca da sobrecarga familiar	81
3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SEUS REBATIMENTOS NO GRUPO FAMILIAR.....	89
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	89
3.1.1 O local da pesquisa	90
3.1.2 O processo de pesquisa	95
3.2 FAMÍLIA E CUIDADO: REFLEXOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	99
3.2.1 O perfil socioeconômico das pessoas com transtorno mental e dos familiares cuidadores	99
3.2.1.1 O perfil das pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, integrantes indiretos da pesquisa	100
3.2.1.2 O perfil dos familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, integrantes diretos da pesquisa	116
3.2 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS NAS FAMÍLIAS DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: ANÁLISE DOS DADOS	125
3.2.1 A assistência em saúde mental segundo a concepção das famílias.....	126
3.2.2 Impactos do cuidado em saúde mental na organização e na convivência familiar	145
3.3 OS REBATIMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA REVELADOS PELOS FAMILIARES DOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
REFERÊNCIAS.....	184
ANEXOS	194
ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA	194
APÊNDICES	197
APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	197
APÊNDICE 2 – TCLE	201
APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO	203
APÊNDICE 4 – TERMOS DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO	204

INTRODUÇÃO

A atual assistência em Saúde Mental é o reflexo de inúmeras discussões e mudanças que culminaram no processo, ainda em curso, da Reforma Psiquiátrica. Tal Reforma traz avanços, em termos de direito das pessoas com transtorno mental e preconiza a família como parceira no cuidado.

Em momentos históricos anteriores à Reforma Psiquiátrica, a família não era incluída no processo de cuidado, mas era isolada de seu familiar “louco”, que, segundo as ordens médicas, devia ser isolado no manicômio. Nesse sentido, essa Reforma significou um grande avanço no tratamento das pessoas com transtorno mental, as quais passaram a tomar parte dos processos e dos serviços comunitários em prol do tratamento e a ter na família seu principal apoio de cuidados. A trajetória da Reforma Psiquiátrica é repleta de discussões e propiciou uma nova regulamentação do funcionamento dos serviços de Saúde Mental; ela visa a desconstruir tanto os conceitos quanto as práticas de saúde em geral. Essas mudanças foram expressas em legislações, de forma particular, destaca-se a Lei nº 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001), a qual estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental e ter, como finalidade primordial, a reinserção da pessoa com transtorno mental¹ na família e na comunidade.

Com as mudanças advindas dessa Reforma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, de ora em diante) foram serviços criados como equipamentos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial. Eles representam a reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental de um modo asilar, com o foco na doença mental e no hospital psiquiátrico como principal meio de tratamento, para o modo psicossocial com o olhar para a pessoa com transtorno mental, considerando-o inserido na família e na comunidade. Assim, os CAPS na atual Política de Saúde Mental são os equipamentos de referência e que atendem à população alvo dessa pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental).

Apesar dos avanços significativos na garantia de direitos e no processo de cuidado às pessoas com transtorno mental, essa nova formatação de Assistência em Saúde Mental também traz rebatimentos na família, pois a presença do transtorno mental junto ao meio familiar pode gerar transformações de ordem econômica, emocional e social. Isso significa que a

¹ No decorrer do trabalho, utiliza-se a expressão “pessoa com transtorno mental” para designar o sujeito que tem transtorno mental e/ou transtorno mental decorrente do uso de álcool e/ou outras drogas. Não se utiliza a expressão “portador”, conforme Sasaki (2002), pois entendemos que as pessoas não têm um transtorno mental como uma coisa que às vezes portam e às vezes não portam, sendo indicado como termo correto: pessoa com transtorno mental. Também não usamos a expressão pessoa em sofrimento psíquico, porque entendemos que qualquer pessoa, independentemente de ter um transtorno mental ou não, ela tem sofrimento psíquico no decorrer da vida.

responsabilização da família pelos cuidados de uma pessoa com transtorno mental, sem o devido suporte de Políticas Sociais, pode gerar políticas regressivas nos moldes neoliberais, que retira a responsabilidade do Estado na assistência em Saúde Mental e a coloca sobre a família.

Segundo Alencar (2009), as condições sociais e econômicas do Brasil na atualidade refundam a tendência de resolver na esfera privada questões de ordem pública. Na ausência de direitos sociais, é na família que os indivíduos tendem a buscar recursos para lidar com as circunstâncias adversas. Dessa forma, as mais diversas situações de precariedade social, desemprego, doença, velhice, encaradas como dramas privados, tenderam a ser solucionadas na família, como responsabilidade de seus membros.

Nessa perspectiva, com a Reforma Psiquiátrica tem-se a desinstitucionalização e a convivência familiar com uma pessoa com transtorno mental, o que inevitavelmente produz rebatimentos nas relações familiares; tais rebatimentos concretizam-se sob a forma de impactos na família, produzindo certos efeitos sobre ela, os quais alteram sua dinâmica e seu cotidiano. A partir de experiências de trabalho como Assistente Social de um CAPS I de um município de pequeno porte, observa-se que a família no processo de cuidado em Saúde Mental sofre alterações, abalos, muitas vezes de modo inesperado ou imprevisto, gerando transformações e portando rebatimentos nas relações familiares. Esses rebatimentos variam de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social e de sua singularidade e de sua biografia particular. A história específica de cada grupo vai influir nas maneiras como estão sendo construídas as relações da família com a pessoa com transtorno mental; desse modo, um transtorno mental não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o universo familiar.

Diante do contexto sócio-histórico da Política de Saúde Mental e da convivência das famílias com a pessoa com transtorno mental, além da intervenção profissional como Assistente Social junto a esses sujeitos no CAPS I, surgiram as seguintes perguntas de pesquisa: Em que medida a implementação da Reforma Psiquiátrica gera impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde? Quais são esses impactos? Ou que tipo de rebatimentos foram produzidos sobre a família diante da necessidade do cuidado de um membro com transtorno mental posta pela lógica da convivência familiar e comunitária em que se pauta a Reforma Psiquiátrica?

A partir desses questionamentos tem-se a seguinte hipótese: a Reforma Psiquiátrica vem possibilitando um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais da assistência em Saúde Mental. No Brasil, ela surge em benefício da alteração dos modelos de atenção e de gestão nas práticas de Saúde Mental, e tem como uma das vertentes

mais importantes, a desinstitucionalização como decorrente da desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentaram. A implementação da Reforma Psiquiátrica, apesar de ser um avanço na assistência em Saúde Mental, gera impactos econômicos, sociais e emocionais às famílias de pessoas com transtorno mental devido às lacunas e às fragilidades na implementação dessa Reforma, como, por exemplo, a efetivação de uma Rede de Atenção Psicossocial, que possibilite a ruptura do modelo biomédico e das concepções sobre saúde e doença e favoreça uma dinâmica de tratamento das pessoas com transtornos mentais, focada nos laços comunitários e, para isso, forneça apoio e orientação às famílias cuidadoras. Todavia, além das lacunas e das fragilidades nessa rede, os rebatimentos gerados pela necessidade do cuidado familiar do transtorno mental relacionam-se também à peculiaridade das políticas sociais no Brasil (geralmente, focalistas, precarizadas e assistencialistas) e à Saúde Mental, sendo uma dessas políticas, não escapa à sua lógica.

Dessa forma, tem-se como objetivo geral deste estudo: Apreender, compreender e analisar os rebatimentos/impactos da implementação da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde.

Como objetivos específicos, foram eleitos os seguintes: Levantar o perfil socioeconômico das famílias de pessoas com transtorno mentais e dos usuários do serviço de saúde mental; Identificar a concepção das famílias sobre os serviços de saúde mental, em especial o CAPS, e as ações voltadas para as famílias; Identificar a concepção das famílias sobre os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre ela, no que tange aos impactos gerados em sua organização e convivência, a partir da necessidade do cuidado familiar de pessoas com transtornos mentais, colocada pela nova concepção e dinâmica dos serviços em Saúde Mental.

A pesquisa foi realizada na Mesorregião Oeste do Estado do Paraná, com os municípios da 20ª Regional de Saúde do Paraná que têm o CAPS I implantado. A 20ª Regional de Saúde tem 18 Municípios de abrangência; desses municípios, 5 têm CAPS I implantado, sendo os seguintes municípios: Assis Chateaubriand, Palotina, Guaíra, Marechal Candido Rondon e Santa Helena.

As discussões desta pesquisa partem dos estudos e investigações científicas no âmbito da Saúde Mental acerca da sobrecarga familiar, para se pensar os rebatimentos familiares da Reforma Psiquiátrica e poder se discutir esse fundamento teórico a partir da realidade das famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Para isso, o modelo teórico-metodológico adotado nesta pesquisa, a fim de responder à problemática levantada, foi de natureza qualitativa e com dados quantitativos, classificando-se, desse modo, como uma pesquisa exploratória. Nessa proposta, o levantamento de dados foi baseado em:

revisão bibliográfica, documental e coleta de dados empíricos. Na revisão bibliográfica, realizou-se a pesquisa em livros, artigos e publicações científicas. Na pesquisa documental ou de fonte primária, analisou-se legislações relativas à Política de Saúde Mental. Já a pesquisa de campo baseou-se na entrevista semiestruturada com os familiares dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A entrevista semiestruturada possibilitou um diálogo entre entrevistador e informante, com propósitos definidos, visando à coleta de informações que atendam ao objetivo da proposta investigativa. Anteriormente à realização das entrevistas, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP e recebeu parecer aprovado.

Primeiramente, como forma de avaliar se a entrevista semiestruturada atendia aos objetivos da pesquisa, aplicou-se uma entrevista piloto, com um familiar de um dos CAPS I de abrangência da pesquisa, no ano de 2017, antes do processo de Exame de Qualificação do trabalho de Dissertação. A análise permitiu que os docentes que compuseram a Banca de Qualificação sugerissem algumas alterações, as quais foram atendidas, possibilitando a reformulação da entrevista semiestruturada, a qual contemplou uma série de perguntas que pretendiam responder aos objetivos desta pesquisa, sendo organizada em três partes, classificadas como A, B e C. A parte “A” contemplou informações referentes ao eixo-temático “Dados socioeconômicos”, no qual fez-se um levantamento de informações socioeconômicas primeiramente da pessoa com transtorno mental, que frequenta o CAPS I, e depois sobre o familiar/cuidador, sujeito dessa pesquisa. A parte “B” da entrevista refere-se ao eixo-temático “Dados de Assistência em Saúde Mental”, em que as perguntas se referiram à concepção dos familiares, sujeitos da pesquisa, sobre os serviços de Saúde Mental, em especial o CAPS e as ações voltadas para as famílias nos referidos serviços. A parte “C” corresponde ao eixo-temático “Dados de impacto na convivência familiar”, que contém elementos sobre a concepção dos sujeitos da pesquisa sobre os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre a família, no que tange aos impactos gerados em sua organização e convivência, a partir da necessidade do cuidado familiar de pessoas com transtornos mentais, colocada pela nova concepção e dinâmica dos serviços em Saúde Mental.

Como compromisso ético, foi apresentado e lido o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para cada familiar entrevistado. Para preservar a identidade de cada participante, as informações foram tratadas de maneira confidencial, de forma a impedir a identificação dos sujeitos diretos (familiares) e indiretos (pessoas com transtorno mental) da presente pesquisa. Assim, seus nomes não são expostos no presente trabalho e as informações obtidas são simbolizadas por meio de códigos para “familiar” em sequência numérica (letras e números:

F1, F2...).

Este estudo surgiu mediante o interesse de se ampliar o conhecimento sobre o estudo da família na Política de Saúde Mental e os rebatimentos e impactos gerados pelo cuidado em Saúde Mental. O cotidiano profissional como Assistente Social no CAPS e as discussões teóricas durante o processo formativo fizeram com que surgissem alguns questionamentos que se materializaram neste trabalho de pesquisa.

Tal pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer como as famílias enfrentam os rebatimentos da implementação da Reforma Psiquiátrica que ressalta a importância da convivência familiar e traz novas formas de assistência e novos serviços, como o CAPS. O transtorno mental surge como um evento imprevisto, que produz um resultado no grupo familiar. No âmbito privado, o peso cotidiano do cuidado à pessoa com transtorno mental tende a recair nos familiares. Por isso, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da Reforma Psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em abordagens de assistência em saúde mental adequadas para eles, em suporte aos familiares cuidadores (VASCONCELOS, 2010). O desafio colocado foi conhecer, por meio de uma ação investigativa, como as famílias enfrentam os rebatimentos dos serviços de base comunitária na função protetiva. Além disso, esta pesquisa se justifica pela necessidade de conhecer os rumos da Reforma Psiquiátrica e compreender como os familiares percebem esse encargo do cuidado, para que se possa pensar estratégias que vão ao encontro da realidade das famílias. Ouvir o que os familiares têm a dizer a respeito do ato de cuidar é fazer com que a voz dos familiares, e indiretamente das pessoas com transtorno mental, deixem de ser apenas objeto de interpretação terapêutica, mas seja voz efetiva a contribuir nos serviços de Saúde Mental. Perante esse “novo” lugar que a família ocupa e as funções que exerce, é importante pontuar a necessidade de olhá-la de maneira contínua, afinal, ela não é apenas um instrumento de auxílio no cuidado a pessoa com transtorno mental, mas sim um espaço que pode auxiliar no sucesso ou no fracasso do tratamento. A família também é usuária dos CAPS e, como tal, necessita ser ouvida e fortalecida para o exercício da função protetiva e do seu protagonismo.

Para atender aos objetivos dessa proposta investigativa, este texto está organizado em três seções.

A primeira seção, intitulada “Família, Estado e Proteção Social”, contextualiza as diversas transformações sofridas pela família ao longo do processo histórico, com ênfase em sua dimensão protetiva. Inicialmente, realiza-se algumas reflexões conceituais e históricas sobre a família, evidenciando-se as transformações ocorridas em suas relações internas e sociais. Para se compreender esse processo, aborda-se, também, historicamente, a construção

da Proteção Social na lógica do Estado capitalista, apresentando-se o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social e suas especificidades do Brasil. Essa reflexão favorece a apreensão de como a família, tem se tornado, cada vez mais, a “parceira” do Estado nas Políticas Sociais e de como essa relação de centralidade familiar nas políticas estatais é paradoxal.

A segunda seção foi direcionada à temática “Saúde Mental e Família”, abordando-se as relações entre a Saúde Mental e o grupo familiar. Iniciou-se a discussão fazendo um breve relato das transformações ocorridas na assistência em Saúde Mental e a construção da política de Saúde Mental brasileira, bem como o processo, ainda em curso, da Reforma Psiquiátrica. Discutiu-se, nessa seção, a Reforma Psiquiátrica e a Política de Atenção em Saúde Mental, para evidenciar o lugar da família nesse contexto. Assim, as reflexões giraram em torno do processo de cuidar no âmbito da instituição familiar e a sobrecarga decorrente do provimento de cuidados. Por fim, faz-se uma reflexão acerca da sobrecarga familiar, com intuito de se conhecer os rebatimentos que essa instituição pode sofrer frente ao ato de cuidar, no âmbito da política de Saúde Mental.

Na sequência, na terceira seção, intitulada “Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos no grupo familiar”, descreveu-se o processo metodológico da pesquisa, com base na análise e na interpretação dos dados, cotejando-se os resultados. As reflexões teóricas empreendidas nas seções anteriores iluminaram as análises realizadas, possibilitando: Apreender, compreender e analisar os rebatimentos e impactos da implementação da Reforma Psiquiátrica, que visa à convivência familiar e comunitária, sobre as famílias que possuem um familiar com transtorno mental em acompanhamento nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde.

Os conhecimentos e as informações produzidas nesta pesquisa, a partir das reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos nas famílias usuárias do CAPS, podem ser úteis para quem estuda e/ou atua na área de Saúde Mental e/ou Serviço Social, como profissionais e gestores da área, colocando-se em questão a situação de cuidado familiar em Saúde Mental, e, partir disso, propondo-se novas intervenções que contribuam com a luta na concretização da Reforma Psiquiátrica, com garantia de direitos às pessoas com transtorno mental, sem sobrecarregar as famílias.

Afinal, é necessário que se experimente inovações, que se coloque em questionamento os saberes e as práticas já existentes e, muitas vezes, cristalizados, a fim de se “fazer saúde mental” de uma forma integral e efetiva. A atitude investigativa é um instrumento de suma importância, pois abriga o movimento pensamento-realidade e a unidade teoria-prática. Para se refletir sobre os fatos, faz-se necessário questionar, investigar e criticar a realidade, recriando-

a numa visão dialética. A essência da pesquisa é a busca pelo real no movimento contraditório da história, conforme Lukács (“o real é o jorrar incessante do novo” (LUKÁCS, 2006 apud COUTINHO, 2009, contracapa).

1 FAMÍLIA, ESTADO E PROTEÇÃO SOCIAL

Esta seção contextualizou as diversas transformações sofridas pela família² ao longo do processo histórico, com ênfase em sua dimensão protetiva. Compreende-se que essas mudanças foram provocadas por transformações societárias, decorrentes da contradição entre capital e trabalho, que geraram a “crise” da família, afetando e/ou dificultando a sua capacidade protetiva. As sociedades foram se transformando às vezes mais e outras vezes menos institucionalizadas na função de proteger os seus membros, variando de acordo com as peculiaridades econômicas, políticas e sociais de cada país. Assim, Pereira-Pereira (2009), ressalta que cada sociedade desenvolveu seu modelo de Proteção Social de acordo com as suas particularidades, o que torna as Políticas Sociais heterogêneas, não lineares e complexas.

No Estado brasileiro, conforme assevera Pereira-Pereira (2009), a partir do final da década de 70, a família foi redescoberta como o principal agente de Proteção Social e, com isso, passou a ser tema de discussão nas agendas governamentais, com a finalidade de incorporar a formulação e a criação de Políticas Sociais. Nessa direção, a relação Estado/família, bem como a intervenção do Estado sobre a família são compreendidas por Teixeira (2016) como “sobrecarga”³ desta última, a partir da atribuição de novos deveres a ela, ao invés da redução de suas funções ou de sua dissolução como instituição social. Dessa forma, com as reformas neoliberais e com o desmonte da Proteção Social Pública, a família tem ficado cada vez mais desprotegida e sobrecarregada.

A fim de se compreender esse duplo movimento de desproteção e de sobrecarga da família, neste capítulo, foram tecidas, inicialmente, algumas reflexões conceituais e históricas sobre ela, evidenciando-se as transformações ocorridas em suas relações internas e sociais e o processo de fragilização por ela sofrido a partir das demandas que lhe foram sendo impostas pelos processos de transformação social ao longo do tempo. Considerando que a sociedade foi se transformando, os “modelos” familiares também foram se alterando, bem como as suas funções e as suas atribuições; tais transformações estão diretamente relacionadas às formas como a sociedade, no decorrer de seu processo de desenvolvimento, responde às necessidades

² Ressalta-se que o termo “família”, embora usado no singular em diversos momentos deste trabalho, refere-se à noção mais complexa de “famílias” e resguarda seu sentido de pluralidade e diversidade.

³ Segundo Melman (2002), o termo sobrecarga familiar fundamenta-se no impacto provocado pela presença do portador de sofrimento mental junto ao meio/ambiente familiar e envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado do usuário. O termo sobrecarga na família vem sendo discutido por vários autores, como Rosa, Teixeira e Miotto.

de Proteção Social. Diante dessas necessidades, em uma sociedade capitalista, é que as Políticas Sociais são elaboradas e desenvolvidas.

As Políticas Sociais devem ser pensadas, desse modo, como componentes das relações sociais e como parte das respostas que o Estado oferece às expressões da “questão social”⁴, situando-se no confronto de interesses de classes sociais. Na atualidade, a família vem sendo inserida no centro das execuções das Políticas Sociais como um importante agente privado de Proteção Social, ao assumir as funções de proteção que o Estado deveria exercer. Tendo-se em vista, então, essa centralidade que a família passa a ocupar nas Políticas Sociais, essas também foram objeto de discussão neste capítulo, uma vez que, no modo de produção capitalista, a ideia de centralidade da família, como difusão ideológica da revalorização da família nas Políticas Sociais, constitui-se como uma das estratégias de privatização do Estado neoliberal. Diante disso, torna-se necessário refletir sobre as Políticas Sociais no capitalismo, abordando suas origens, seus propósitos, sua operacionalização, suas finalidades e seus paradoxos, além de se pensar como essas configurações afetam a família. Isso é fundamental para se pensar sobre a organização familiar frente ao processo de Proteção Social.

Para se compreender esse processo, abordou-se historicamente a construção da Proteção Social na lógica do Estado capitalista, apresentando-se o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social e suas especificidades do Brasil. Essa reflexão favorece à apreensão de como a família tem se tornado cada vez mais a “parceira” do Estado nas Políticas Sociais e de como essa relação de centralidade familiar nas políticas estatais é paradoxal. O Estado vem se desvencilhando de uma série de responsabilidades, as quais são delegadas às famílias; essas, por sua vez, fragilizadas pelas condições sociais e econômicas atuais, têm dificuldades de exercer a sua função protetiva e o Estado, por seu turno, se desresponsabiliza pela garantia da efetivação de direitos.

1.1 REFLEXÕES CONCEITUAIS E HISTÓRICAS SOBRE A FAMÍLIA

⁴ Por questão social entende-se um “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a ‘questão social’ está vinculada ao conflito entre capital e trabalho” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 21). Segundo Batista (2014), “o uso das aspas [...] explicita a necessidade de entender, em seu movimento, a compreensão da categoria apresentada por Netto (2001, p. 45): as vanguardas trabalhadoras acederam, no seu processo de luta, à consciência política de que a ‘questão social’ está necessariamente colocada a sociedade burguesa: somente a supressão desta conduz à supressão daquela. A partir daí o pensamento revolucionário passou a identificar, na própria expressão ‘questão social’, uma tergiversação conservadora, e a só empregá-la indicando este traço mistificador” (BATISTA, 2014, p. 15).

Nesta subseção, buscou-se contextualizar as constituições familiares e as suas transformações a partir do movimento sócio-histórico. Os grupos familiares passaram por alterações em seus modos de convívio e nas suas formas organizativa, social, política e econômica. Esse processo histórico é fundamental para se compreender as configurações atuais da família, as suas funções, as suas atribuições e as suas relações sociais.

Para que se compreendam as mudanças da instituição familiar, principalmente as suas atribuições da provisão do cuidado, é necessário entender o contexto da família e a sua relação com a sociedade ao longo do tempo, pois as alterações familiares estão dialeticamente relacionadas à sociedade, como afirma Simionato e Oliveira(2003): “importantes modificações têm ocorrido na estrutura da família, conforme se transforma a sociedade nas diferentes maneiras de produzir materialmente a vida dos homens” (SIMIONATO; OLIVEIRA, 2003, p. 63).

Qualquer instituição social se insere em um movimento dialético, modificando a realidade e por ela sendo modificada. Assim, o modo de produção de cada sociedade está intimamente ligado à constituição da família e do próprio sujeito. Nesse sentido, entende-se que as transformações na sociedade produzem e são produtos das mudanças na família, inclusive na forma como ela se organiza em torno da função protetiva.

Desse modo, a família passou por diversas mudanças no decorrer da história, não somente em sua composição e na forma de conviver, mas também na maneira de exercer a proteção e o cuidado de seus membros, haja vista que, com o passar do tempo, a família cada vez mais assume a incumbência de prover esse cuidado.

Nesse sentido, a história da família tem sido descontínua; seu estudo fornece um excelente lugar para se aprender como a sociedade se estrutura. Segundo Pôster (1979), existiram numerosas estruturas familiares distintas cujas mudanças não podem ser explicadas de uma forma linear. A história da família não pode ser concebida como uma evolução, no sentido de pequenas unidades conjugais, ou como uma crescente forma de patriarcado vinculada ao modo de produção. Para o referido autor, a história da família deve, ao contrário, ser concebida no plural, como a história de estruturas distintas de hierarquias de idade e de sexo.

Muitas vezes a família é concebida como algo natural; porém, ela é uma construção social e histórica, que sempre está em processo de mudanças, e apresenta, até mesmo, diferentes estruturas no mesmo período. Por isso, pode-se dizer que existem vários tipos de famílias. E esses vários tipos de família, no decorrer do processo histórico, também alteram o provimento de cuidado com seus membros, pois, conforme destaca Rosa (2008), “o provimento de cuidado

é determinado pelas condições sócio-históricas e sofre alterações conforme as mudanças societárias” (ROSA, 2008, p. 343).

Todavia, quando se fala em família na sociedade ocidental contemporânea, o termo remete, de maneira geral, à família nuclear⁵, como um único modelo de estrutura familiar “aceitável, correto e ideal”. E, de fato, esse tipo de família está fortemente implantado no imaginário coletivo como a marca da ideologia burguesa. Como argumenta Chauí (2008),

[...] a família não é entendida como uma relação social que assume formas, funções e sentidos diferentes tanto em decorrência das condições históricas quanto em decorrência da situação de cada classe social na sociedade. Pelo contrário, a família é representada como sendo sempre a mesma (no tempo e para todas as classes) e, portanto, como uma realidade natural (biológica), sagrada (desejada e abençoada por Deus), eterna (sempre existiu e sempre existirá), moral (a vida boa, pura, normal, respeitada) e pedagógica (nela se aprendem as regras da verdadeira convivência entre os homens, como o amor dos pais pelos filhos, o respeito e temor dos filhos pelos pais, com o amor fraterno). Estamos, pois, diante da ideia da família e não da realidade histórico-social da família. (CHAUÍ, 2008, p. 81).

A concepção naturalizada de família nega a compreensão histórica das transformações sociais, econômicas, políticas e culturais da relação família-sociedade. Toda família é constituída pelas interações entre o social e o individual, entre o público e o privado, entre o biológico e o cultural, sendo determinada pelas relações materiais e, portanto, históricas. Para Horkheimer e Adorno (1973), a família não apenas reproduz o estado de coisas da vida em sociedade, mas o modo como a vida em família funciona – como uma estrutura de uma subjetividade – e opera em consonância com a vida em sociedade.

Nesse sentido, entende-se que a instituição familiar acompanha o movimento histórico da sociedade, em um processo não linear, mas contraditório, constituindo-se de vários formatos, ao longo tempo. Assim, o desenvolvimento da família apresenta certas peculiaridades conforme o desenvolvimento das sociedades.

Engels (1997), apresenta um trilhar histórico que demonstra as bases para a constituição do Estado, da família e da propriedade. A produção e a reprodução da vida imediata estão relacionadas à constituição da civilização e da família. O autor caracteriza, assim, os sistemas de parentesco e as formas de matrimônio que levaram à origem da família.

Essa contextualização histórica da família com base na obra clássica de Engels (1997),

⁵ Família nuclear ou conjugal-nuclear: esses termos são muitas vezes usados de modo intercambiável, para indicar a família que é composta de um único núcleo conjugal (marido, mulher, mais os seus eventuais filhos), que vive por conta própria e não juntamente com outros núcleos conjugais. (SARACENO; NALDINI, 2003).

é importante para se entender melhor as transformações que a família passou e, principalmente, para romper com a ideia de que a família “ideal” é a nuclear-burguesa. A partir dessa obra, percebe-se que as relações entre homens e as mulheres, de fato, nem sempre foram como as que se conhecem hoje. Desigualdade de gênero, patriarcado e a concepção privada de família são resultado de um processo material, logo, não tem caráter natural, sagrado, moral e eterno.

Na literatura clássica grega, segundo Engels (1997), há muitos vestígios de que entre os gregos e os povos asiáticos existira antes da monogamia um estado social em que não somente os homens mantinham relações sexuais com diversas mulheres, mas também as mulheres mantinham relações sexuais com diversos homens, sem que, com isso, violassem a moral estabelecida. Nessa perspectiva, primitivamente, não se podia contar a descendência senão por linha feminina, pois as mães eram as únicas genitoras certas de seus filhos.

Com base em Morgan, Engels (1997), descreve três modelos de família do estado primitivo: a Família Consanguínea, que se constituiu como a primeira etapa da família, na qual se excluía os pais e os filhos de relações sexuais recíprocas; a Família Panaluana, na qual eram excluídas as relações carnais entre irmãos e irmãs, criando-se a categoria dos sobrinhos e sobrinhas, primos e primas; e a Família Sindiásmica, que passou ter uniões por pares, embora a poligamia e a infidelidade permanecesse como um direito dos homens, apesar de ainda se considerar, nesse tipo de família, a linhagem feminina, o que garantia o direito materno em caso de dissolução do vínculo conjugal. Portanto, historicamente nem sempre existiu a monogamia, a família nuclear e a cultura patriarcal machista.

Até o surgimento da Família Sindiásmica, segundo Engels (1997), predominava a economia doméstica comunista, na qual havia preponderância da mulher dentro da gens⁶, não obstante já existisse a divisão sexual do trabalho como primeira forma de divisão do trabalho. Foi preciso que as mulheres efetuassem a passagem ao casamento sindiásmico para que os homens introduzissem a monogamia; porém, somente para as mulheres. E isso foi possível porque, no matrimônio sindiásmico, além da verdadeira mãe, passa a existir o verdadeiro pai, que se torna o proprietário da sua força de trabalho, dos meios de produção e dos escravos. Em função do aumento das riquezas, a posição do homem ganha mais importância, o que passa a interferir na ordem da herança e da hereditariedade, provocando a abolição do direito materno em substituição à filiação masculina e ao direito hereditário paterno.

⁶ Gens significa, em geral, descendência comum, e é usada por Morgan (apud ENGELS, 1997) para denominar o grupo de indivíduos consanguíneos.

Ainda, com base em Engels (1997), a monogamia foi a primeira forma de família que se baseava em condições econômicas, ou seja, no triunfo da propriedade privada sobre a propriedade comunal primitiva. Assim sendo, a monogamia nasceu da concentração de grandes riquezas nas mãos dos homens e do seu desejo em transmitirem essas riquezas por herança aos seus filhos.

O significado da palavra família, em sua origem “*famulus* quer dizer escravo doméstico e família é o conjunto dos escravos pertencentes a um mesmo homem” (ENGELS, 1997, p. 61). O primeiro efeito do poder exclusivo dos homens no interior da família, já entre os povos civilizados, é o patriarcado, uma forma de família que assinala a passagem do matrimônio sindiásmico à monogamia. Destarte, a propriedade privada dos recursos excedentes pela família mudou as relações sociais. A necessidade de defender a riqueza produzida e de garantir à prole sua herança marcou uma grande transformação na sociedade.

Outro aspecto a se destacar é que a família também é produto do sistema social e reflete a sua cultura. Engels (1997), analisou o processo sócio-histórico no qual a família deixa de ser um elemento natural para se constituir como espaço econômico, em que a riqueza passou a ser valorizada e respeitada como bem supremo. A monogamia não era mais fruto do amor sexual individual e não se baseava em condições naturais, mas econômicas. Assim como Engels (1997), demonstrou, foram muitas as transformações ocorridas desde a família do estado primitivo até a monogâmica. Do mesmo modo, as transformações ocorridas na atual constituição familiar, assim como o processo que levou à construção do moderno sentimento de família, são decorrentes do processo histórico pelo qual passaram as organizações familiares no período medieval e moderno.

Pôster (1979), identifica quatro modelos familiares nesse processo histórico: na Idade Média, entre os séculos XVI e XVII, a família aristocrática/patriarcal e a família camponesa e; na Idade Moderna, a família burguesa, de meados do século XIX, e a família da classe trabalhadora, do início da revolução industrial. As mudanças ocorridas na organização e nas relações afetivas da família estão relacionadas às respostas e às formas de provimento de cuidado que elas adotam, em consonância com as relações sociais, econômicas e culturais no percurso histórico.

A família aristocrática presente na Idade Média, segundo Pôster (1979), era formada por um agrupamento que ia de 40 até mais de 200 pessoas. O pai/patriarca da família tinha autoridade absoluta. As funções da esposa consistiam primordialmente em ter filhos e organizar a vida social; em geral, não se preocupava com a administração da casa nem com a criação dos

filhos. Essas famílias atribuíam pouco valor à privacidade, à domesticidade, aos cuidados maternos, ao amor romântico e às relações íntimas com as crianças. A terra era a principal prosperidade da aristocracia, era um patrimônio sob a mordomia da linha de família, sendo herdada e transmitida. A vida cotidiana era uma roda-viva de trocas públicas, cujo centro era o status da casa, não a unidade conjugal.

A família campestre, como destaca Pôster (1979), era formada por menor número de pessoas que a aristocrática, mas estava tão integrada com a comunidade quanto a outra. A aldeia era a “família” do camponês. A hegemonia da aldeia sobre o parentesco e a família, mesmo no contexto do casamento monogâmico, afetava as relações de pais e filhos. A família conjugal não era um espaço privilegiado e privado, mas estava integrada nas mais amplas redes de sociabilidade. Em vez de limitados a pais e filhos, os laços emocionais estendiam-se para fora, envolvendo a aldeia.

Na Idade Média, as famílias não tinham apego à privacidade, geralmente davam mais valor às relações coletivas e comunitárias; não viviam fechadas no núcleo familiar e ainda não tinham presente o sentimento de família. Diante da ausência de tal sentimento, a função de provimento de cuidado no âmbito doméstico não era tão ressaltada e incorporada pela instituição familiar. O “cuidado” era delegado a instituições que, na verdade, tinham a função de excluir os considerados diferentes e/ou pecadores. Segundo Augusto (2017), qualquer doente, ferido ou pessoa com deficiência era considerado, nas sociedades europeias da Idade Média, um pecador; e como não podia conviver entre os sãos, era expulso para os arredores das cidades, em leprosários ou em hospitais⁷.

Nesse arranjo familiar, de acordo com Ariès (1981), pode-se dizer que o sentimento da linhagem era o único sentimento de caráter familiar conhecido na Idade Média. A família fundava-se em um contrato por meio do matrimônio, estabelecido entre o casal heterossexual; os filhos, em si, não tinham importância afetiva, pois não havia uma vida privada e íntima entre os membros familiares. A essência da família era a conservação de bens, a transmissão do nome e a prática adjacente de um ofício. Nesse período, as crianças não frequentavam a escola, mas eram retiradas de família e enviadas para outra casa e ensinadas por adultos. Havia, assim, um afastamento da criança de seu meio familiar, o que impedia o florescimento do sentimento moderno de família. Nesse sentido, a civilização medieval não percebia a diferença na

⁷ Fabris e Ykegaya (2007) também descrevem que o período da Idade Média se caracterizou por uma explicação mítico-religiosa de todos os fenômenos, e os loucos, enquanto incompatíveis com a razão e a moral, eram penalizados, excluídos e silenciados na medida em que eram trancafiados dentro dos hospitais.

passagem entre o mundo das crianças e dos adultos. Desse modo, para Ariès (1981), a família era uma realidade moral e social, mais do que sentimental. O sentimento da família, conforme o autor, emergiu, assim, nos séculos XVI-XVII, sendo inseparável do sentimento da infância. O interesse pela infância não era, senão, uma forma, uma expressão particular desse sentimento mais geral – o sentimento da família. Nessa perspectiva, “A família transformou-se profundamente na medida em que modificou suas relações internas com a criança” (ARIÈS, 1981, p. 225).

Assim, os progressos do sentimento da família seguiram os progressos da vida privada e da intimidade doméstica, de acordo com o autor supracitado, pois, a partir do momento em que a família se fechou no âmbito privado e no pequeno núcleo, excluindo-se das relações comunitárias, passou, também, por transformações afetivas e relacionais em seu próprio interior. O desenvolvimento da família nuclear moderna implicou em sua separação do mundo, em sua oposição à sociedade e na criação de um grupo solitário dos pais e filhos, impelindo-a, portanto, a uma preocupação cada vez maior com as crianças, seu cuidado, sua educação e seu futuro.

Para Pôster (1979), esse tipo familiar surgiu por volta de 1750, desenvolvendo relações familiares rígidas quanto à divisão dos papéis sexuais: enquanto o marido era a autoridade dominante, um cidadão autônomo que provia o sustento da família, a esposa preocupava-se com os filhos e com o marido, de quem era totalmente dependente. As relações internas da família burguesa eram consideradas fora da jurisdição da sociedade. “A família era um microsomo privado, um santuário em cujos recintos sagrados nenhum estranho tinha o direito de entrar” (PÔSTER, 1979, p. 188).

Nesse sentido, a família monogâmica, segundo Lessa (2012), é a organização familiar peculiar às sociedades de classe; é a expressão da propriedade privada nas relações familiares. Por um longo período, desde a Revolução Neolítica até a Revolução Industrial, tanto a sociedade de classes quanto a família monogâmica (bem como o Estado e a propriedade privada) foram as mediações adequadas ao desenvolvimento acelerado das forças produtivas. Assim, a família nuclear nasce como estratégia econômica do capitalismo e vai, paulatinamente, adquirindo novas características, mas tendo sempre como pano de fundo a contradição entre capital e trabalho.

Não obstante, essa transformação da família medieval para a família moderna limitou-se, durante muito tempo, de acordo com Ariès (1981), aos nobres, aos burgueses, aos artesãos e aos lavradores ricos, haja vista que, ainda no início do século XIX, uma grande parte da

população – a mais pobre e mais numerosa – vivia como as famílias medievais: com crianças afastadas da casa dos pais. Dessa maneira, nas famílias trabalhadoras, esse processo (e a emergência do sentimento de família e de infância) deu-se um pouco mais tardiamente. A industrialização, conforme indicou Pôster (1979), não produziu, no começo, a família privada burguesa entre a classe trabalhadora. Os trabalhadores fabris, sempre que isso era viável, juntavam-se em formas comunitárias de dependência e de ajuda mútua, a fim de melhorarem suas ásperas condições de vida. A família proletária submetia-se a salários baixos e a péssimas condições de vida, fazendo com que toda a família tivesse que trabalhar. O padrão emocional da família da classe trabalhadora na primeira metade do século XIX não se assemelhava, de modo algum, ao da burguesia. Essa realidade de pobreza, de precarização do mercado de trabalho e de exploração da mão de obra feminina afetou a família trabalhadora, que não tinha condições, não tinha tempo para criar o sentimento de família e nem condições para exercer a função protetiva.

Foi somente com o retorno das crianças à casa que esses sentimentos de família e de infância foram sendo gestados no seio da privacidade familiar. A família começou, então, a se fechar em um pequeno grupo e a exercer um papel de cuidado e de proteção de seus membros.

Para Pôster (1979), a classe trabalhadora industrial desenvolveu uma estrutura de família sob as condições de angústia social e econômica. Durante o período inicial da industrialização, os dados demográficos sobre a classe trabalhadora indicavam uma continuação do padrão pré-industrial de alta fertilidade e de alta mortalidade. Os filhos eram criados de maneira informal, sem a constante fiscalização da mãe. As mulheres conheciam-se todas umas às outras sem o isolamento do padrão burguês. Somente quando o casal se mudou para os subúrbios (na década 1950), foram quebrados, de certo modo, os vínculos com a mãe e com a comunidade. O futuro dos filhos era agora a máxima preocupação dos pais. Somente nesse estágio é que a classe trabalhadora adotou plenamente o padrão da família burguesa. O espaço de trabalho havia se separado do espaço doméstico, e as esposas proletárias adotaram os valores do maternalismo e da domesticidade.

A condição biológica de a mulher engravidar e amamentar é implicada à tarefa de maternar, como se fossem atividades extensivas; constrói-se, assim, o “mito do amor materno”⁸ como função natural da mulher. Conforme Rosa (2008), a maternagem é uma condição

⁸ Esse tema é discutido no livro: BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

determinada culturalmente e ideologicamente às mulheres, sendo internalizada por elas no decorrer do processo de socialização. Nesse sentido, a emergência da família burguesa, segundo D’Incao (2001), ao reforçar no imaginário a importância do amor familiar e do cuidado com o marido e com os filhos, redefine o papel feminino e reserva a mulher novas atividades no interior do espaço doméstico. Esses valores do maternalismo e da domesticidade, adotado pelas mulheres, seriam utilizados para inculcar nelas a responsabilização pelo cuidado dos filhos e dos doentes e essa cultura seria apropriada pelo capitalismo para a implantação das Políticas Sociais familistas.

Os valores burgueses de privacidade e intimidade, de cuidado, de proteção e de centralidade das crianças foram assumidos pela família contemporânea. No entanto, vivendo em uma sociedade composta por diversos grupos sociais, e, mais do que isso, em uma sociedade desigual do ponto de vista do acesso aos bens materiais e culturais, a família não consegue manter tais valores intactos, pois essa desigualdade social atravessa suas relações afetivas e protetivas. Desse modo, conforme o grau de acesso aos bens materiais (produzidos socialmente, mas apropriados privativamente), as relações de afeto e cuidado também serão diferenciadas. Nas famílias em situação de pobreza, realizar a tarefa do provimento de cuidado é algo muito mais complexo. Segundo Mioto (2000), existe uma cultura prevalentemente assistencialista no âmbito das políticas e dos serviços destinados às famílias, na medida em que esses direcionam suas ações para aquelas que faliram no provimento das questões de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização dos seus membros, sendo essa falência compreendida como resultado da incapacidade das próprias famílias. Assim, a inobservância da diversidade nesse contexto pode levar o Estado a optar por medidas protetivas (de cunho assistencialista, focalista e compensatório) que em nada contribuem para a superação das dificuldades familiares; ao contrário, podem aniquilar qualquer processo que efetivamente incida sobre uma realidade cultural e social diversa.

A família vem-se transformando ao longo dos anos, adquirindo configurações e funções diversas. Segundo Simionato e Oliveira (2003), são tantas transformações que se chega ao século XXI com a família pós-moderna ou pluralista, como tem sido chamada pelos tipos alternativos de convivência que apresentam.

É possível, dessa forma, distinguir três grandes períodos da família no processo histórico, conforme salienta Roudinesco (2003, *apud* SARTORI; GARCIA, 2012). Em uma primeira fase, a família dita “tradicional” serve, acima de tudo, para assegurar a transmissão de um patrimônio, em que a família é inteiramente submetida a uma autoridade patriarcal,

verdadeira transposição da monarquia de direito divino. Posteriormente, tem-se a família “moderna”, que se torna o receptáculo de uma lógica afetiva, cujo modelo se impõe entre o final do século XVIII e meados do XX; é fundada no amor romântico e no casamento, por meio qual se confirma a reciprocidade dos sentimentos e os desejos carnis, e se valoriza, também, a divisão do trabalho entre homem e mulher. Por último, a partir dos anos 1960, tem-se a família “contemporânea” — ou pós-moderna — com separações e recomposições conjugais.

A família ocidental, como pontua Lino (2009), presenciou grandes mudanças no que se refere ao seu processo de individualização, principalmente ao longo da segunda metade do século XX até os dias atuais: diminuição da durabilidade dos casamentos e das famílias numerosas; aumento do número de divórcios e de recasamentos; regularização da união estável; surgimento dos mais variados modelos de famílias – monoparentais, nucleares, unipessoais, homoparentais, recompostas, famílias sem filhos, famílias nas quais coexistem várias gerações e, muitas vezes, famílias unipessoais, dentre outros⁹. Diante de tantas possibilidades de configurações familiares e das inúmeras demandas advindas dessa diversidade, torna-se complexo, atualmente, não apenas definir o que é família, mas como o cuidado deve ser estabelecido e pode ser efetivado no âmbito doméstico. Segundo Moser e Dal Prá (2016), dentre tantos desafios postos às famílias na atualidade, sem dúvida, um dos que mais tem exigido investimentos e estratégias de variados tipos refere-se ao dilema de articular as demandas e os conflitos que se originam entre o trabalho e as responsabilidades familiares. Essas estratégias evidenciam a fragilidade do aparato estatal de cunho familista e reforçam a saída via solidariedade familiar. Segundo Simionato e Oliveira (2003), é possível encontrar famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares por conveniência ou sobrevivência. Nessa ampla tipologia de famílias, que devido às transformações sociais, econômicas e culturais encontram-se fragilizadas em termos subjetivos e objetivos, ainda se tem sua responsabilização para com o cuidado doméstico.

⁹ Entretanto, segundo Saraceno e Naldini (2003), nem todas as pessoas que vivem juntas, quer dizer, nem todas as convivências são consideradas como famílias. Além disso, as diferenças na composição, nas relações e no funcionamento das convivências familiares, ao longo da história, bem como nas sociedades contemporâneas, são de tal modo e tantas que a evidência da atribuição do estatuto de família revela-se problemática. Conforme Saraceno e Naldini (2003), também o critério de viver sob o mesmo teto, como caracterizando a convivência familiar relativamente às relações de parentesco, nem sempre é tão claro. As investigações antropológicas, etnográficas e históricas mostram como o limite da habitação nem sempre coincide com o da divisão do trabalho, do acesso à alimentação e das relações sexuais. A multiplicidade de tipologias familiares do ponto de vista quer da estrutura, do quem vive com quem, quer das formas de auto definição acerca daquilo que faz de uma família exatamente uma família, cria embaraços aos estudiosos e legisladores.

A família contemporânea reflete, desse modo, o sentimento de se estar vivendo em um mundo incerto e assustador, em que a segurança em torno de uma vida social estável se encontra ausente. Vive-se, com isso, a lógica da satisfação instantânea e a cultura do consumo desenfreado, do individualismo e da inquietação. Essas mudanças de regras construídas e reproduzidas por meio das relações sociais tendem a repercutir diretamente sobre a família, assim como a família também as reproduz.

De acordo com Sennett (1999), no capitalismo “não flexível”, após a Segunda Guerra Mundial, havia possibilidade de organizar o futuro, na medida em que houve gerações que puderam desfrutar de uma relativa segurança, viabilizada pela ação sindical e pelo sistema previdenciário amplo. O trabalho tinha o objetivo de servir a família; operava-se a longo prazo, pois o tempo era linear com conquistas cumulativas e segurança no emprego; construía-se uma narrativa de vida a partir dos ganhos obtidos com o trabalho, havendo possibilidade de mobilidade ascendente para os filhos. De uma organização social de um mundo altamente burocratizado e de longo prazo passou-se a ter, com o “Novo Capitalismo¹⁰”, um mundo caracterizado pela flexibilidade e fluxo a curto prazo, alterando-se a maneira de organizar o tempo e, sobretudo, o trabalho. Nessa nova lógica, caracterizada pela flexibilidade, o trabalhador deveria estar aberto às mudanças e ao risco; esses elementos, por sua vez, acarretam no indivíduo sentimento de insegurança e de medo, relativos ao controle de sua vida. Tal contexto de instabilidade e insegurança afeta diretamente as relações familiares, as quais – nos mesmos moldes que as relações de produção no capitalismo flexível¹¹ – sucumbem aos comportamentos de curto prazo, fragilizando-se e distanciando-se dos vínculos de lealdade e compromisso mútuo; haja vista que a obrigação formal, a confiança, o compromisso mútuo e o senso de objetivo são virtudes de longo prazo. “O capitalismo de curto prazo corrói o caráter, sobretudo aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns aos outros, e dão a cada um senso de identidade sustentável” (SENNETT, 1999, p. 27).

Esse processo de mudanças na sociedade contemporânea e, concomitantemente, na família reflete-se nos processos de sociabilidade, transformando-os¹². Segundo Horkheimer e

¹⁰ Sennett (1999) chama de “Novo Capitalismo” à fase de flexibilização das relações de produção e trabalhistas.

¹¹ Com o capitalismo atual, conforme Sennett (1999), vivem-se mudanças sociais importantes, como o regime de acumulação de capital flexível, a globalização em suas dimensões socioeconômicas, culturais e tecnológicos. Entretanto, as modificações ocorridas ao longo do tempo desencadearam novos tipos de relacionamentos muito mais efêmeros, frágeis e superficiais. Nessa perspectiva, a complexidade da dinâmica familiar traduz-se, de forma inquestionável, na maneira com que seus membros interagem. Verifica-se, com isso, que, no âmbito da família, estão se constituindo novas relações.

¹² As mudanças societárias afetam a dinâmica familiar como um todo e, particularmente, cada família, conforme sua composição, história e condições socioeconômicas. No mundo governado pelo consumo excessivo, herança do capitalismo acelerado, o que realmente importa não é a constituição do “ser” mediadas pela família, mas o

Adorno (1973), a família cumpre cada vez menos a sua função de instituição de aprendizagem e de educação. E isso depende do fato de que a formação cultural perdeu a sua utilidade prática. Mesmo que a família ainda se esforçasse por transmiti-la, a tentativa estaria condenada ao fracasso, porque, com a certeza dos bens familiares hereditários, perderam-se também os momentos de segurança e de proteção a respeito do exterior. O momento da renúncia pessoal é a indiferença, tanto mais penetrante quanto mais desagregada e permeável a família se torna.

Assim, a tão discutida crise da família moderna não caiu do céu. Conforme Horkheimer e Adorno (1973), para compreendê-la, é necessário ter em conta o antagonismo que, desde o começo da sociedade burguesa, permeia a instituição familiar. Em um ordenamento determinado pelo sistema de troca e pelo racionalismo individual dos homens em seu trabalho, a família manteve-se como instituição feudal, baseada no princípio do “sangue”, do parentesco natural. Perpetuou-se, desse modo, um elemento irracional dentro da sociedade industrial, orientada pela ordem racionalista.

A chamada crise da família é na verdade uma visão conservadora dela, uma vez que a responsabiliza pelos problemas vivenciados e pelas possíveis soluções, cabendo ao Estado apenas ajudá-la nessa tarefa. As famílias que não conseguem realizar as próprias funções são consideradas “desestruturadas”. Dessa forma, menosprezam-se as consequências dos processos de desigualdade social e delineiam-se ações pontuais e focalizadas nos “problemas das famílias”, sem levar em consideração as relações sociais e econômicas, em sua dimensão macroestrutural. Esse cenário é pano de fundo para culpabilização da família pela sua incapacidade ou ineficiência em fornecer Proteção Social de seus membros.

Assim sendo, a chamada crise da família é localizada em um espaço mais abrangente de discussão. Tal crise está vinculada a um processo mais amplo, em que o indivíduo vem perdendo, cada vez mais, o local em que possa se sentir seguro e se constituir de forma autônoma. Na ideologia burguesa, a família é apresentada como uma estrutura unívoca, independentemente do tempo ou de classe social e é colocada como uma realidade natural; entretanto, ela não apenas se encontra vinculada às condições sociais e históricas que a engendram, mas também as afeta e as transforma. Ou seja, a crise da família é a crise da própria sociedade, segundo Horkheimer e Adorno (1973); é a crise de desintegração da humanidade. Não sendo um elemento natural, sua existência, sua constituição e sua configuração atrelam-se às mediações sociais, ao mesmo tempo em que ela é forjada a reproduzir a ordem social

“ter”, enquanto característica principal do modo capitalista de produção.

vigente. Desse modo, a contradição que permeia a família é, na verdade, a contradição da própria sociedade capitalista. Como destaca Rouanet (1993),

Todos dizem que a modernidade está em crise, é um lugar-comum, mas como outros lugares-comuns este pode ser até verdadeiro, desde que se entenda bem o alcance do diagnóstico. O que existe atrás da crise da modernidade é uma crise de civilização. O que está em crise é o projeto moderno de civilização [...]. (ROUANET, 1993, p. 9).

A crise do projeto moderno de civilização da sociedade é decorrente da contradição entre capital e trabalho, mas essa realidade é encoberta pela ideologia burguesa. O poder dessa ideologia é tão forte, tão disseminado e já tão naturalizado que as pessoas não questionam o modelo em que vivem e o reproduzem. Por meio da ideologia, portanto, a família é um instrumento de manutenção do *status quo*.

Assim sendo, conforme Horkheimer e Adorno (1973), é ilusório pensar que se possa realizar uma família de pares e iguais em uma sociedade em que a humanidade não é autônoma e na qual os direitos humanos ainda não tenham sido realizados. É impossível manter a função protetora da família e eliminar o seu aspecto de instituição disciplinar, enquanto tiver de proteger os seus membros de um mundo no qual é inerente a pressão social, e que, necessariamente, terá de transmiti-la a todas as suas instituições. A família sofre com isso, como qualquer pessoa que deseja a sua emancipação: não haverá emancipação da família se não houver a do todo.

Historicamente, a família sempre teve um papel importante no cuidado e na proteção dos seus membros que a compõem; mas a função moral atribuída à família e a importância dada aos vínculos afetivos naturaliza o cuidado como responsabilidade familiar, o que exige o Estado dessa atribuição tão complexa nos Sistemas de Proteção Social. Evidencia-se, dessa forma, o caráter contraditório da ideologia da responsabilização familiar com relação à função protetiva, pois em uma sociedade na qual reina a desigualdade social, o individualismo, a desumanização, a exploração da mão de obra e a regressão dos direitos sociais, como a família pode dar conta das suas dificuldades e fragilidades e, ainda, proteger seus membros a contento, sem o aporte adequado das Políticas Sociais? Pensar que isso seja possível é supor que a família esteja desconectada do contexto social, ou iludir-se acerca de sua autonomia diante deste.

As condições de vida dos indivíduos dependem, segundo Alencar (2009), em grande parte, da inserção social de todos os membros da família; é no espaço social que se definem e se articulam as formas de participação no mercado de trabalho, as possibilidades de se auferir

alguma renda e as decisões quanto ao acesso aos bens simbólicos e matérias. Se o desemprego, o trabalho desqualificado e as remunerações insuficientes estruturam o cenário potencial de precariedade de vida, é na família que essas condições adquirem materialidade. Nesse sentido, a família põe em evidência a multiplicidade de possibilidades e experiências de vida, organizadas pelos indivíduos com vistas à reprodução biológica e social.

Foi possível apreender, nas considerações feitas nesta subseção, que as diversas configurações de família vão se constituindo a partir do contexto social, cultural, político e econômico da sociedade. Pensar sobre a família desde a sua gênese e perceber suas metamorfoses históricas fornecem a base para se entender a sociedade e para se refletir sobre as formas de Proteção Social na relação família e Estado. Como a família tem sido, na atualidade, “alvo central das Políticas Sociais”, no próximo item, discorreu-se como ela tem sido apreendida por tais políticas.

1.2 A FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

Nesta seção, discorreu-se acerca da instituição familiar com o intuito de delinear as suas transformações históricas e a sua relação com as Políticas Sociais e com o sistema de Proteção Social. Com base nas discussões anteriormente realizadas, compreende-se que a família não é algo natural, mas sim construto social e histórico, não havendo, desse modo, um conceito fechado e universal para essa instituição social, que pode ser modificada de acordo com determinada sociedade, a partir de seus aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos e ideológicos. As transformações ocorridas na família estão, assim, diretamente relacionadas à forma com que a sociedade responde às necessidades de Proteção Social e, dentre essas respostas, estão as Políticas Sociais. Essas, no entanto, precisam ser problematizadas, pois seu surgimento e seu desenvolvimento, por estarem atreladas ao desenvolvimento do modo de produção capitalista, apresentam limites e contradições com relação à produção do bem-estar nas sociedades capitalistas.

No capitalismo atual, a materialização das Políticas Sociais vincula-se à implementação da ideologia neoliberal, o que resulta em um processo de desresponsabilização do Estado para com os cidadãos. Por isso, não é fortuita a priorização das famílias na agenda das Políticas Sociais; tal fenômeno tem sido verificado como uma tendência na atualidade e reflete um Estado que compartilha com a sociedade civil as suas responsabilidades. Assim, nesse processo

de mudanças sociais, à família tem sido delegada, cada vez mais, a função protetiva de seus membros e, concomitantemente, devido à ausência objetiva de condições para efetivar essa proteção, em decorrência das contradições do capitalismo, ela se encontra cada vez mais fragilizada, o que resulta em sobrecarga familiar.

1.2.1 As políticas sociais no capitalismo: tensões e tensionamentos

A fim de se compreender a complexidade das Políticas Sociais no capitalismo, torna-se necessário levar em conta suas articulações com os contextos histórico, social, econômico, político e cultural. Conforme Silva, Barros e Oliveira (2002), é no movimento de valorização e acumulação do capital que se definem as visões de mundo, as lutas pelo poder, pela apropriação e pela distribuição das riquezas. Ademais, é no plano das intenções que as Políticas Sociais têm sido apresentadas para enfrentar as contradições produzidas pelo capitalismo.

Nesse sentido, a Política Social é uma modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, respondendo a interesses diversos, mediados por conflitos que resultam na desigualdade do sistema capitalista.

A origem das Políticas Sociais, segundo Behring e Boschetti (2016), relaciona-se aos movimentos de massa socialmente democratas e à formação dos Estados-nação na Europa Ocidental do final do século XIX; porém, sua generalização situa-se na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, especialmente em sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial. Conforme destacam as autoras, não se pode indicar com precisão um período específico de surgimento das primeiras iniciativas reconhecíveis de Políticas Sociais, pois, como processo social, elas se gestaram na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo com a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal. Nas palavras de Behring e Boschetti (2016),

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2016, p. 51).

Nesse sentido, na sociedade burguesa, no momento histórico do capitalismo monopolista, tem-se as condições concretas para a origem das Políticas Sociais, como respostas às manifestações da “questão social”. Tais condições se refletem na organização da vida em

sociedade e nas formas de regulação do Estado perante os conflitos da luta de classe.

Com relação ao surgimento da Política Social no Brasil, de acordo com Behring e Boschetti (2016), ela não acompanha o mesmo tempo histórico dos países de capitalismo central. Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A “questão social”, já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho.

Nesse enfoque, as Políticas Sociais são mecanismos historicamente determinados para produzir e reproduzir a força de trabalho. São também instrumentos de legitimação da classe dominante, resultando de interesses específicos e contraditórios, que se alteram nos diferentes momentos históricos e apresentam diferentes especificidades, conforme o país.

Segundo Vieira (1992), as Políticas Sociais surgiram somente em função da mobilização dos operários por melhores condições de vida. Entretanto, elas não são constituídas pelas necessidades da sociedade civil, são, portanto, estratégias de governo, que, se antecipando às necessidades da população, elabora-as, assumindo alguns reclamos populares. Tais estratégias, na realidade, são construídas por um governo que determina o que deve ser atendido, quando e o quanto isso deve ocorrer.

Nessa mesma linha de raciocínio, para Netto (2003), o Estado burguês, funcional ao capitalismo dos monopólios, por meio das Políticas Sociais, responde às pressões dos segmentos da população afetados pelas várias expressões da “questão social”. O Estado apresenta respostas quando os afetados por essas expressões são capazes de exercer, sobre ele, uma pressão organizada. Não basta que haja expressões da “questão social” para que haja Política Social; é preciso que aqueles afetados por essas expressões sejam capazes de mobilização e de organização para demandar a resposta que o Estado oferece por meio da Política Social. Por outro lado, o Estado frequentemente se antecipa a essas pressões: antes que a pressão tome forma de maior organização e mobilização, o Estado se apressa estrategicamente e já oferece uma solução neutralizadora de qualquer potencial transformador da demanda.

A “questão social” que não é um fenômeno recente; surge para explicar o pauperismo – fenômeno observado na Europa Ocidental, especificamente na Inglaterra -, o que, de acordo com Netto (2001), foi um fenômeno sem precedentes na história. Ele afirma que, se não era inédita a desigualdade entre as várias camadas sociais, vinha-se de muito longe a polarização

entre ricos e pobres, era radicalmente nova a dinâmica da pobreza que então se generalizava. Pela primeira vez na história, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Assim, o termo “questão social”, segundo esse autor, surge por volta de 1830, para designar essa nova dinâmica da pobreza que se generalizava e ameaçava a ordem social. “Foi a partir da perspectiva efetiva de uma reversão da ordem burguesa que o pauperismo se designou como “questão social”, daí porque o uso dessa expressão está relacionado à emergência da classe trabalhadora, no cenário político” (NETTO, 2001, p. 43).

A então denominada pelo pensamento conservador como “questão social” vincula-se embrionariamente ao surgimento da classe operária e a ameaça que essa representa para a ordem burguesa. As condições de pobreza da classe trabalhadora se gestam em meio à abundância: a riqueza produzida socialmente é apropriada privadamente. Nesse sentido, a “questão social” está vinculada ao conflito entre capital e trabalho e, para o seu reconhecimento, necessita, fundamentalmente, de uma classe trabalhadora organizada. A partir dos acontecimentos políticos de 1848, na Inglaterra, o pensamento conservador se apropriou da expressão, e ela tanto é naturalizada como convertida em objeto de ação moralizadora.

Assim, a “questão social” pode ser analisada como sendo o conflito social que expressa a organização da sociedade em classes, em que o trabalho assalariado é subordinado ao capital e afeta de forma negativa as condições de vida dos trabalhadores. O conflito social se traduz em conflito político, expresso na atuação do Estado em cada contexto histórico. Na medida em que a “questão social” passa a receber intervenções por parte do Estado nas suas refrações, ou seja, nas problemáticas sociais, tem-se as Políticas Sociais.

Conforme destaca Netto (2003), “as políticas sociais são campos de tensões. Elas constituem campos de tensão seja na formulação, onde se embatem projetos de concepção e objetivos distintos, seja na sua implementação” (NETTO, 2003, p.16). Ou seja, trata-se de uma estratégia do governo manifestada por planos, programas e projetos, sendo construída pelas leis e pela força do consenso.

Ainda, segundo Netto (2003), as Políticas Sociais não são funcionais para a resolução dos problemas para as quais elas se movem. Elas não resolvem problema algum, mas operam aquela dupla intervenção do Estado burguês: promover a acumulação e a legitimação. Isso significa que as Políticas Sociais do Estado Burguês são incapazes de atender aos seus objetivos. Entretanto, nem por isso elas são desnecessárias, inúteis ou devem ser menosprezadas, tendo-se em vista que é exatamente no espaço da democracia política que se pode tencionar positivamente a relação entre acumulação e legitimação. Por isso, a democracia

política é importante, ainda que insuficiente, haja vista que tem conteúdo e limitação de classe; sem ela; porém, é impossível se pensar em Política Social como resposta à demanda cujo direcionamento possa apontar para conquistas dos trabalhadores.

A diversidade de intervenção do Estado capitalista pode também ser visualizada pelos distintos domínios de Política Social: educação, habitação, assistência social, informação, defesa do consumidor, previdência social, saúde e Saúde Mental.

Não obstante, segundo Faleiros (1980), é principalmente em função de certas categorias de população que as Políticas Sociais são apresentadas: o grupos-alvo são classificados ora por idade (crianças, jovens, velhos), ora por critérios de normalidade/anormalidade (doentes, excepcionais, inválidos, psicóticos, mães solteiras, delinquentes etc.). Esse tipo de classificação das populações-alvo das Políticas Sociais, ao mesmo tempo em que as divide e as fragmenta, tem por objetivo controlá-las e realizar uma etiquetagem que as assola e as caracteriza como tal.

Destarte, as variadas Políticas Sociais não podem ser pensadas como autônomas em face da orientação macroeconômica. Para Vieira (1992), não existem, por um lado, Política Econômica e, por outro, Políticas Sociais, pois ambas se relacionam com a evolução do capitalismo. Elas não se completam, mas constituem uma unidade, e podem expressar mudanças nas relações entre as classes sociais. Formando um todo, elas apenas formalmente se distinguem e, às vezes, dão a falsa impressão de que tratam de coisas diversas.

A análise da Política Social, segundo Faleiros (1980), não pode ser colocada em termos de um esquematismo rígido, de leis imutáveis, como se a realidade se desenvolvesse segundo um modelo teórico ideal. Se há um campo no qual se torna necessário considerar o movimento real e concreto das forças sociais e da conjuntura é o da Política Social. Desse modo, a reorganização das forças sociais, as mudanças na política internacional, as conquistas internacionais dos trabalhadores, as contradições internas dos capitalistas, as contradições internacionais, modificaram a correlação de forças e as conjunturas para transformação e implantação das Políticas Sociais. Essas não são estáticas, mas táticas e estrategicamente utilizadas na dinâmica dos conflitos sociais.

Nessa direção, as transformações ocorridas dentro do capitalismo, de acordo com Faleiros (1980), se refletiram nas Políticas Sociais e nas formas de regulação do Estado perante a sociedade. No contexto neoliberal, cujo projeto tem como principal característica a redução da intervenção do Estado na sociedade, diminuindo gastos públicos e incentivando a privatização, tem-se uma redução das Políticas Sociais, principalmente as de caráter universal,

e uma expansão de políticas focalizadas e seletivas.

No Brasil, o desenvolvimento do neoliberalismo também forneceu uma orientação específica ao desenvolvimento das Políticas Sociais. Elas, conforme Faleiros (1991), estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. São vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos; em outros, como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes e; ainda, como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

A Política Social no Brasil, para Carvalho (2002), não tem logrado alterar o quadro de pobreza e exclusão de parcela significativa da população brasileira. Ao contrário, observa-se a cada década a ampliação das taxas de desigualdade social, na mesma medida em que a concentração de renda atinge índices insuportáveis. Ao mesmo tempo, ela absorveu os ventos do “*welfare state*” do mundo ocidental capitalista; desses ventos resultou um desenho de Política Social extremamente setorizada, centralista e institucionalizada, elegendo o indivíduo como portador de direitos e elemento central.

Em seu percurso histórico, a Política Social brasileira encontra na Constituição de 1988 uma inovação: a definição de um sistema Seguridade Social para o país. A Seguridade Social brasileira, por definição constitucional, é integrada pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, e supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais. Para Behring e Boschetti (2016), a configuração de padrões universalistas e redistributivos de Proteção Social foi fortemente tencionada: pelas estratégias de extração de superlucros; pela supercapitalização, com privatização de setores que incluem saúde, educação e previdência; e pelo desprezo burguês para com o pacto social. Tudo isso em um contexto no qual as forças de resistência se encontram fragmentadas, particularmente o movimento dos trabalhadores, em função do desemprego, da precarização e da flexibilização das relações de trabalho e dos direitos. Assim, a tendência geral tem sido a de restrição e de redução de direitos, prevalecendo o trinômio articulado do ideário neoliberal para com as Políticas Sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização.

Na (re) configuração dos direitos da seguridade social, a partir da década de 1990, segundo Behring e Boschetti (2016), ou enfatiza-se o mercado via planos privados de saúde e previdência, ou transferem-se as responsabilidades para a sociedade, sob a justificativa do voluntariado, da solidariedade e da cooperação. Isso explica a substituição da política pública por outros mecanismos e agências de proteção, como a família e as organizações sem fins

lucrativos, o que se configura num verdadeiro retrocesso histórico.

Segundo Mioto (2009), assiste-se ao longo do tempo, à interferência do Estado nas famílias por meio de três grandes linhas: i) a legislação, por meio da qual se regulam as relações familiares, tais como idade mínima do casamento, obrigatoriedade escolar, deveres e responsabilidades dos pais, posições e direitos dos conjugues; ii) das políticas demográficas, por meio do incentivo e do controle da natalidade; e iii) da difusão de uma cultura de especialistas nos aparatos policiais e assistenciais do Estado destinados especialmente às classes populares, havendo uma penalização da família por parte daquelas instituições que deveriam promovê-las.

Para além essas linhas de intervenção, o Estado faz-se ausente na dinâmica social, pois, com a adoção da ideologia neoliberal e a conseqüente redução estatal e dos gastos sociais, a promoção do bem-estar social, por exemplo, que deveria ser de responsabilidade pública/coletiva, passa a ser de responsabilidade individual ou familiar. Desse modo, para a satisfação das necessidades da família, é preciso que cada membro trabalhe, faça parte do processo de produção capitalista; ou seja, seu bem-estar passa a depender diretamente de sua renda mensal. Os avanços neoliberais trazem profundos impactos à estruturação das Políticas Sociais nos países capitalistas e, conseqüentemente, nas dinâmicas familiares, que precisam buscar estratégias de organização para atender à função, delegada a ela pelo próprio Estado, de provedora de bem-estar de seus membros.

Atuando dessa forma, o Estado, além de compartilhar com o mercado e com a sociedade toda a responsabilidade pela provisão do bem-estar, ainda toma a família como recurso privilegiado na formulação de políticas. Ao incorporar a família como ator central na garantia do bem-estar de seus membros e transferir-lhe responsabilidades, o Estado desconsidera que ela é atravessada pelas demandas da própria sociedade, as quais a tornam mais frágeis ainda e interferem em sua capacidade protetiva. Dessa forma, ao se tomar a família como ator privilegiado, corresponsável e “parceira” do Estado na garantia de bem-estar dos indivíduos, não se tem considerado os fatores sociais, econômicos e culturais que impactam sobre os diferentes contextos familiares, podendo gerar condições favoráveis ou desfavoráveis ao exercício da Proteção Social. Nessa direção, para Pereira-Pereira (2009),

[...] a família deverá ser considerada não como um nirvana recuperado pelos conservadores, mas como uma instituição contraditória que, a par de suas características positivas, poderá funcionar como um fator de reprodução de desigualdades e perpetuação de culturas arcaicas. (PEREIRA-PEREIRA,

2009, p. 28).

O Estado, que deveria ser o principal responsável no processo de garantia de bem-estar aos cidadãos, transfere às famílias essa função, sem, ao menos, considerar que “as situações singulares vivenciadas pelos indivíduos são portadoras de dimensões universais e particulares das expressões da “questão social”, condensadas na história de vida de cada um deles” (IAMAMOTO, 2009, p. 272), e, por isso, necessitam ser levadas em conta no momento em que se transfere às famílias responsabilidades que ultrapassam suas condições, de acordo com a realidade que vivenciam.

Quando responsabilidades são postas às famílias, deixando-se em segundo plano as possíveis fragilidades presentes nos contextos familiares e desconsiderando os fatores que limitam sua capacidade protetiva, essas estão recorrentemente sujeitas a processos de culpabilização. Segundo Miotto (2003), tal condição indica que a família brasileira, longe de ter sido esvaziada de suas funções, sempre foi uma família sobrecarregada, cuja sobrecarga tem aumentado à medida que as Políticas Sociais têm sido inseridas em um processo de reorientação e encolhimento quanto aos níveis de cobertura, além de serem insuficientes ao longo do tempo.

Baseando-se na lógica individualista e focalizadora das políticas, algumas famílias percebem como uma obrigação moral atender à responsabilidade que lhes é repassada pelo Estado e, por vezes, consideram como fracasso o fato de não conseguirem garantir o bem-estar de seus membros sem precisar recorrer ao auxílio do Estado, sentindo-se incompetentes e incapazes para tal. “A capacidade da família de prover as necessidades de seus membros encontra-se estreitamente dependente da posição que ocupa nas relações de produção e no mercado de trabalho” (IAMAMOTO, 2009, p. 265). Tais posições estão historicamente delimitadas e segregadas entre os detentores dos meios de produção e a classe trabalhadora, cada vez mais subalternizada e que não vislumbra condições de mudança dessa estrutura social.

Assim sendo, de acordo com Miotto, Silva e Silva (2007), a importância da família nas Políticas Sociais brasileiras pode ser explicada pelas razões políticas e ideológicas do Estado neoliberal, as quais se escondem por detrás do discurso oficial das políticas e, ao mesmo tempo, contribuem para a redefinição do papel do Estado, no que se refere à Proteção Social.

Nesse contexto de contradição e tensionalidade do movimento histórico, tratar da temática Política Social implica em reconhecer que os direitos sociais estão seriamente ameaçados, apesar da força discursiva que tiveram nos últimos anos. A Política Social é parte da riqueza socialmente produzida e serve para manter as necessidades básicas; porém, como

fruto da contradição entre capital e trabalho, dificilmente será universalizada no capitalismo. Logo, a Política Social não altera a ordem social vigente, mas inclui mudanças significativas na garantia de direitos.

Tendo-se as Políticas Sociais como fruto de processos históricos contraditórios (tensões), nos quais está em jogo diferentes interesses (tenções) de classe, faz-se necessário compreender em que medida tais interesses e conflitos de classes se correlacionam à cobertura do Estado capitalista no Sistema de Proteção Social. Haja vista, que esse Estado coloca a família na centralidade das Políticas Sociais, como estratégia para sua desresponsabilização para com a Proteção Social dos cidadãos.

1.2.2 A (des) proteção social no estado capitalista: do “Welfare State” ao “Welfare Family”

A relação entre Estado e família no sistema de Proteção Social não é linear, nem homogênea, mas sim contraditória, pois está inserida em um contexto de luta de classes e faz parte de conjunturas socioeconômicas, políticas e culturais do capitalismo. Podem ser encontrados, por um lado, sistemas de Proteção Social nos quais a família tem maior apoio do Estado no desempenho de suas funções e, por outro, sistemas reduzidos e insuficientes, ficando a família com a função de dar conta das necessidades familiares, sem contar com o suporte do Estado.

Nesse sentido, conforme o país, a participação do Estado no sistema de Proteção Social, varia; em alguns países há políticas específicas para a família, mas em outros não. Conforme argumenta Pereira-Pereira (2009), definições de política de família tendem a estar impregnadas de particularismo culturais. Da mesma forma que não existe um padrão homogêneo de Política Social, e mesmo de “*welfare state*”¹³, não há, também, um único padrão de política familiar.

¹³ “Welfare State” não é um conceito unívoco e admite variações segundo as correntes teóricas. Na tradição marxista, ele constitui uma resposta aos conflitos e às crises cíclicas do capitalismo, por isso, a sua história só tem início em fins do século XIX, com o agravamento dos efeitos do ciclo econômico sob as condições de vida dos trabalhadores e a intensificação dos conflitos de classe (DRIABE, 1993). “Por “Welfare State” estamos entendendo, no âmbito do Estado Capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. Tais transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais, públicos ou estatalmente regulados de educação, saúde, integração e substituição de renda, assistência social e habitação que, a par das políticas de salário e emprego, regulam direta ou indiretamente o volume, as taxas e o comportamento do emprego e salário da economia, afetando, portanto, o nível de vida da população trabalhadora. Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas e transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção e de bens e serviços sociais privados” (DRIABE, 1993, p. 19).

Nessa perspectiva, segundo Mioto e Dal Prá (2015), é possível verificar que, nos regimes de bem-estar social, tal incorporação tem variado, dependendo da construção histórica dos diferentes Estados nacionais. Nesse movimento, encontram-se os regimes denominados de familiaristas, devido à aposta incondicional que fazem da família a principal instância de provisão de bem-estar, mas também aqueles vinculados à socialdemocracia que, por meio de uma ampla oferta de serviços públicos de caráter universal, buscam amenizar antecipadamente os custos enfrentados pelas famílias. Assim, as reconfigurações que se desenham, atualmente, nos próprios regimes de bem-estar social e na família em face às transformações do próprio capitalismo, impõem a necessidade de análise do sistema de Proteção Social.

Os diferentes países construíram modelos de Estado de Bem-Estar Social distintos entre si, de acordo com os condicionantes políticos, econômicos, culturais, estruturais e conjunturais, peculiares à dinâmica interna de cada país, afetando: a garantia de direitos; a forma de financiamento de suas políticas, o acesso aos benefícios e serviços da população atendida; os vários tipos de serviços e programas oferecidos.

Dentre as distinções de cada país, destacam-se as particularidades do Brasil. Conforme Draibe (1993), entre os anos trinta e a década de setenta, constituiu-se e consolidou-se institucionalmente no Brasil o Estado Social. As características gerais do padrão obedecido no Brasil ao longo das fases de Introdução (1930/1964), e Consolidação (1964/1985),¹⁴ enfatizam principalmente o binômio meritocracia¹⁵-universalismo¹⁶ na orientação das ações sociais do Estado, assim como os aspectos residuais ou de seletividade com que atingem e/ou incorporam grupos sociais particulares a seus benefícios. É o princípio do mérito, entendido basicamente como a posição ocupacional e de renda adquirida ao nível da estrutura produtiva, que constitui

¹⁴ “Ao pensar a periodização de constituição de “Welfare” no Brasil, somente podemos ter como ponto de partida a década de trinta, considerados o conjunto de transformações do Estado brasileiro e as formas de regulação social que aí têm início” (DRAIBE 1993, p. 19). Segundo Driabe (1993), a fase de introdução foi efetivada sob regimes autoritários, situação que parece referendar a tese das ações preventivas da elite e da busca de formas de legitimação via política social. “Dessa forma, sob as características autoritárias e tecnocráticas do regime que se instalou em 64, que se completa o sistema de “Welfare State” no Brasil: define-se o núcleo duro da intervenção social do Estado; arma-se o aparelho centralizado que suporta tal intervenção; são identificados os fundos e recursos que apoiarão financeiramente os esquemas de políticas sociais; definem-se os princípios e mecanismos de operação e, finalmente, as regras de inclusão/exclusão social que marcam definitivamente o sistema” (DRAIBE 1993, p. 21).

¹⁵ “A origem etimológica da palavra meritocracia vem do latim *meritum*, que significa “mérito”, unida ao sufixo grego *cracia*, que quer dizer “poder”. Assim, o significado literal de meritocracia seria “poder do mérito” (SIGNIFICADOS, 2018, s/p.).

¹⁶ “Universalismo, em um sentido geral, é uma ideia ou crença na existência de um universal, o objetivo ou a eterna verdade que determina tudo, portanto, é e deve ser igualmente presente em todos os seres humanos. Um pensamento universalista garante a precisão de uma exibição de forma única ou específica, explicar ou organizar o mundo” (EDUKAVITA, 2018, s/p.)

a base sobre a qual se ergue o sistema brasileiro de Política Social. A relação renda-contribuição-benefícios segue dominante e, nesse sentido, as Políticas Sociais, em sua maioria, reproduzem o sistema de desigualdades predominante na sociedade.

Ainda segundo Draibe (1993), a inexistência de mínimos sociais (em natura, renda, serviços ou bens) extensivos a todos os cidadãos independentemente de sua posição no mercado de trabalho, faz com que, na relação Estado/Mercado, sejam de fato muito frágeis no Brasil, os mecanismos corretores que, em princípio, deveriam operar através das Políticas Sociais. O sistema brasileiro adquiriu, também, ao longo dos anos 1970, outras características importantes. Dada a moldagem meritocrática, de um lado e a perversa estrutura de emprego e salário vigente, de outro, o sistema brasileiro desenvolveu um esquema assistencial denso, que se refere a grupos específicos – e, portanto, teoricamente residuais –, mas que termina por se dirigir à maior parte da população assalariada ou não: definida como critério de elegibilidade a renda familiar.

Dessa forma, o sistema brasileiro de proteção social, mais que caminhar na direção dos mínimos sociais, avançou por mecanismos assistenciais, de corte assistencialista. E nesse percurso vai se relacionar com a família por meio das Políticas Sociais.

Nesse sentido, Esping-Andersen (1999 apud TEIXEIRA, 2016), ao avaliar o sistema de Proteção Social dos diferentes modelos de Estado de Bem-Estar Social e o tipo de relação estabelecida com a família, lidou com os conceitos de desfamíliação e familismo. A desfamíliação refere-se ao abrandamento do grau de responsabilidades de bem-estar social e de cuidados das unidades familiares – seja pela via da provisão de bem-estar social pelo Estado, ou pela provisão do mercado. Em sistemas de Proteção Social desfamilistas, percebe-se a diminuição dos encargos da unidade familiar e a sua independência das relações de parentesco no cumprimento das funções familiares; há políticas familiares e/ou sociais destinadas a atender as necessidades familiares, quer sejam dirigidas diretamente aos grupos domésticos ou aos seus componentes. Já um sistema de Proteção Social respaldado no familismo é aquele em que a política pública considera que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros. É mais comumente encontrado nos países capitalistas de orientação neoliberal, em que o Estado deixa de assumir a função de principal agente de Proteção Social, mantendo, porém, a execução de Políticas Sociais seletivas e voltando-se para os mecanismos tradicionais de solidariedade social, como meio de assegurar a Proteção Social. É, portanto, nesse processo, que a família é retomada como âncora principal para a socialização de seus membros e para a garantia de vínculos relacionais que previnam os

riscos de ruptura e de isolamento social decorrentes das transformações da sociedade.

Segundo Pereira-Pereira (2009), a problemática da redescoberta da família como importante substitutivo privado do Estado na provisão de bens e serviços sociais básicos traz sérios perigos, pois o contexto de mudanças estruturais, que serviu de justificação para a formação de uma estratégia mista ou plural de Proteção Social, denominada de “pluralismo de bem-estar”¹⁷, colocou a família na “berlinda”. Assim, o lugar que a família ocupa nesse modelo misto de bem-estar indica as suas dificuldades conceituais e políticas para dar conta das novas atribuições.

Da análise da relação Estado-família nas economias latino-americanas, depreende-se, com relação à Proteção Social, que a família recebe a maior fatia de responsabilidade na proteção de seus membros, enquanto a responsabilidade do Estado, nesse contexto, deixa a desejar. O exercício da Proteção Social por parte da família não é, nesse sentido, um processo natural, mas delegado a ela em maior intensidade, à medida que o Estado se ausenta das suas atribuições.

Para se compreender essa relação entre o Estado e a família no que tange à Proteção Social, faz-se necessário contextualizar essa última no tocante às mudanças sócio - históricas.

De acordo com Lima (2006), somente a partir do século XX, a Proteção Social deixou de ser prática de caridade e passou a ser reconhecida como responsabilidade pública e direito do cidadão, ganhando, desse modo, importância e visibilidade, envolvendo uma ampla gama de profissionais. No entanto, o aparecimento de formas mais complexas de Proteção Social não significou o desaparecimento dos tradicionais mecanismos de exercício de bem-estar. O que se observa é a convivência entre esses; embora, em períodos históricos diferentes, constate-se o predomínio de uma ou outra forma, de um modo ou de outro, sempre houve alocação de esforços e recursos destinados a este fim.

A origem da provisão pública da Proteção Social remonta ao princípio do capitalismo e ao conseqüente agravamento da “questão social”, gerado principalmente pela industrialização e o acelerado crescimento demográfico, principalmente das cidades, resultando em problemas urbanos. Conforme Esping-Andersen (1991), com o desenvolvimento do capitalismo, a estabilidade das formas tradicionais pré-mercantilizadas de prover a Proteção Social (assegurada pela família, pela Igreja e/ ou pelo senhor feudal, por meio de ações solidárias ou

¹⁷ Por “pluralismo de bem-estar” compreende-se o desenho institucional das Políticas Sociais projetadas com responsabilidade compartilhada entre o Estado, o mercado e a iniciativa social.

caritativas) foi abalada e o indivíduo não pôde mais contar com as antigas tutelas. Desmoronavam-se o parentesco e a assistência mútua, típicas das pequenas comunidades rurais. Havia problemas dos mais diversos tipos, os quais estavam relacionados diretamente às modificações ocorridas no âmbito do trabalho, em virtude dos avanços tecnológicos e organizacionais. Estes fatos levaram o trabalhador e a sua família a uma situação de “desproteção” social. E, embora no período já fossem encontradas algumas normas de proteção ao mesmo, isto não era significativo para proteger a ele e à sua família. A luta era por direitos sociais que completava a noção de cidadania. O pós-Segunda Guerra Mundial constituiu-se, pois, no cenário em que o Estado capitalista passou a assumir a Proteção Social como uma responsabilidade pública, operacionalizada por meio de Políticas Sociais.

A Proteção Social tem a função de garantir o bem-estar e, no capitalismo, é concretizada por meio das Políticas Sociais, por meio do acionamento de uma complexa rede de recursos institucionais, políticos e econômicos. Como destaca Di Giovanni (1998), “[...] a Proteção Social exercida através do Estado é assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através da intervenção política e administrativa” (DI GIOVANNI, 1998 apud TEIXEIRA, 2016, p. 12). Ela pode assumir formatos diferenciados, concretizados por meio de normas e legislações expressas pelas Políticas Sociais.

O reconhecimento legal da importância da família e a expectativa dela prover a Proteção Social de seus membros têm gerado a implantação de vários programas que apostam na centralidade das ações na família. O “ressurgimento”¹⁸ da família, conforme Teixeira (2016), ou as expectativas em relação às suas funções de Proteção Social, inclusão e integração social se ampliam, nas últimas décadas, favorecidas pelo recuo do Estado no provimento social, pela defesa de um regime de bem-estar plural que envolve o mix público/privado na provisão social e pelas propostas neoliberais, segundo as quais a intervenção estatal deve se dar, quando cessam as “fontes naturais” de Proteção Social, sejam as formais, como o mercado e o terceiro setor, sejam as informais, como a família e a comunidade. Assim, responsabilização da família é uma tendência que se expande com o avanço das reformas neoliberais, que apregoa a diminuição das demandas do Estado, repassando-as ou dividindo-as com a sociedade civil.

¹⁸ O termo “ressurgimento”, abordado por Teixeira (2016), expressa a “nova” configuração que a família na atualidade passa a ter nas Políticas Sociais. Sob a égide da globalização, da primazia do capital financeiro e do influxo neoliberal na condução das Políticas Sociais, subjaz o “ressurgimento” da família como importante canal de Proteção Social.

Segundo Teixeira (2016), no contexto da análise das transformações dos sistemas de Proteção Social, sob os efeitos das restrições econômicas e financeiras pós 1970, a família aparece com renovado papel na Proteção Social, devendo atuar em favor da promoção, proteção e garantia dos direitos sociais de seus membros. A família é, portanto, convidada e/ou lhe imputada a consistente responsabilidade, de procurar e dever prover um “Estado” de bem-estar social, material e econômico aos seus membros. Sobre ela, têm recaído expectativas diversas, inclusive que continue a ser elemento de integração social, de proteção aos seus membros, de socialização, educação e lugar de cuidados.

O enfrentamento da “questão social” vem apontando novas formas de relação entre o Estado e a sociedade. Desse modo, ao longo dos anos de 1980 e 1990, no Brasil, tem-se uma regressão dos direitos sociais, acentuado por Políticas Sociais seletivas e focalizadas. Tal diretriz demonstra a redução da cobertura estatal e adoção de critérios mercadológicos na formação dos sistemas de Proteção Social. Nesse contexto, crescem as parcerias entre organizações privadas e o Estado, sendo a família, retomada como alvo privilegiado dos programas sociais, reafirmando a orientação neoliberal, na qual ela é tida como uma fonte privada de Proteção Social e como um instrumento de controle social.

Segundo Del Valle (2009), durante as décadas de 1980 e 1990, em nível mundial, o setor público iniciou um processo de redefinição de seus papéis, o que gerou aumento quantitativo e qualitativo das colaborações entre as administrações públicas e privadas, dando lugar a uma situação denominada privatização do Estado. Em nível internacional, começou-se a rever com profundidade a relação entre o público e o privado (economia mista). Nesse contexto, emerge uma transformação no modelo de bem-estar social, segundo o qual a sociedade civil deveria ter uma participação na gestão da Política Social, o chamado pluralismo de bem-estar.

O redesenho da Política Social brasileira, efetuado especialmente a partir da contrarreforma do Estado nos anos 1990, não só colocou em cheque as conquistas efetuadas com a Constituição Federal de 1988, como veio reforçar processos altamente naturalizados, no contexto da sociedade brasileira, referentes à Proteção Social. Ao engendrar orientações e mecanismos que dessem materialidade às premissas do pluralismo de bem-estar social, encaminhou/reforçou o amplo processo de privatização da seguridade social brasileira; privatização que se realiza tanto por meio do setor comercial (mercado), como dos setores de voluntariado (organizações sociais não governamentais) e informal (MIOTO; DAL PRÁ, 2015).

Conforme Esping-Andersen (2000), o acesso das famílias a serviços privados é

facilitado por meio de subvenções públicas, pois, em raras ocasiões, essas são suficientes. Nesse caso, a dependência de soluções do mercado criará, inevitavelmente, desigualdades e as famílias com menor renda certamente sempre serão excluídas dessa alternativa. Além disso, é importante assinalar que quando as alternativas do mercado e do Estado falham as famílias são obrigadas a produzir o próprio bem-estar e conseqüentemente, quando elas não têm possibilidades para tal, ocorre a carência de bem-estar.

Por conseguinte, o grupo familiar sempre esteve presente nos sistemas de Proteção Social. No entanto, com o avanço do neoliberalismo, a perspectiva de um pluralismo de bem-estar tem disseminado que as responsabilidades sociais devem ser transferidas do Estado para outros setores da sociedade civil, principalmente para a família.

No Brasil, segundo Pereira-Pereira (2009), onde, de fato, não existiu um Estado de bem-estar social – por comparação com um esquema coerente, consistente e generoso de bem-estar primeiro-mundista –, a afirmação de que não há política de família “cai como uma luva”. Todavia, tal afirmação só teria cabimento se, de fato, houvesse uma verdadeira política de família nos países desenvolvidos. Como tal política está impregnada de particularidades culturais, é lícito falar de uma “política à brasileira” e identificar os seus traços principais – até porque a não ação governamental não deixa de ser uma atitude política.

Sabe-se que a instituição familiar sempre fez parte integral das configurações de Proteção Social brasileiros. Isso, à primeira vista, poderia não caracterizar um traço nacional, já que, de acordo com Saraceno (1995), todos os Estados de bem-estar estiveram baseados em um modelo familiar, no qual as formas de proteção eram asseguradas por duas vias: uma, mediante a participação (principalmente masculina) do chefe da família no mercado de trabalho e a sua inserção no sistema previdenciário; e a outra, pela participação (em sua maioria feminina) dos membros da unidade familiar nas tarefas de apoio aos dependentes e na reprodução de atividades domésticas não remuneradas. Como destaca Simionatto (1998),

Carvalho (2007), ao destacar a tendência dos governos em tomar a família como alvo privilegiado das políticas de assistência social, afirma que o núcleo familiar não se constitui apenas como o elemento central, pois a grande inovação é o seu papel de parceiro na implementação dessas políticas, apoiadas na perspectiva acentuada de partilha de responsabilidades e solidariedades públicas e privada, desenvolvendo-se, dessa maneira um “*welfare family*” (SIMIONATTO, 1998 apud SANTOS, 2009, p. 4).

Em certos países da América Latina, como, por exemplo, o Brasil, há uma tendência do Estado de não desenvolver, nem tardiamente, um bem-estar social, com políticas sociais não

focalistas e não seletivas, mas verdadeiramente mais amplas, que primassem pela garantia de direitos sociais à população; nesse caso, assim como em alguns países desenvolvidos o Estado estaria garantindo o bem-estar à população (“Welfare State”). No caso brasileiro e de outros países latino-americanos, além do Estado não garantir o bem-estar, ele partilha suas responsabilidades de proteção social com a família; esta passa a ser responsabilizada pelo cuidado e a proteção dos seus membros. Tem-se assim uma proteção social de cunho “privatista” e dependente da família. Assim, é a família que garante o bem-estar, e não o Estado, o que se configura como um verdadeiro “Welfare Family” (em substituição a um “Welfare State”).

Nesse sentido, todos os países têm reconhecido a família como uma instituição de primeira importância, como suporte para o bem-estar individual e coletivo. Miotto (2008), analisa a contradição entre o maior reconhecimento e valorização da família por parte do Estado e a operacionalização das políticas para o bem-estar familiar, as quais normalmente não contemplam as modificações na estrutura e funcionamento, causando uma sobrecarga da família em relação às suas funções. Assim, geralmente, o Estado ao efetivar mecanismos de Proteção Social, não alivia o peso da família em relação ao cuidado e à proteção de seus membros, mas acaba lhe imputando toda uma gama de responsabilidades e deveres, às quais, nem sempre, ela consegue corresponder.

O objetivo da Política Social em relação à família, ou ao chamado setor informal, não deve ser o de pressionar as pessoas para que elas assumam responsabilidades, mas o de oferecer suporte e proteção. Diante desse contexto, a centralidade que a família ocupa nas Políticas Sociais, torna-se um grande paradoxo, o que foi discutido na próxima subseção.

1.2.3 Paradoxos acerca da centralidade da família nas Políticas Sociais

A família é o primeiro lugar de referência para a proteção e para a socialização dos indivíduos. Independentemente das múltiplas formas que a família contemporânea apresenta, ela se constitui num espaço de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais. Nesse sentido, abordar a centralidade da família nas Políticas Sociais é percorrer um caminho reflexivo que retoma as características que formatam a Política Social, seguido de um olhar sobre as famílias.

Segundo Sartori e Garcia (2012), desde a crise econômica mundial que teve lugar em fins dos anos 1970, a família vem sofrendo transformações e sendo reconhecida como um

importante agente privado de Proteção Social. Tanto no Brasil quanto em outros países da América Latina, bem como em boa parte do mundo, a organização familiar vem passando por mudanças profundas.

Com relação às funções da família, segundo Teixeira (2016), essas são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o lócus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimentos de pertença, de grupo e espaço de solidariedade primária.

A família vem passando por mudanças internas importantes, de acordo com Sartori e Garcia (2012), em virtude do alto grau de transformações econômicas e sociais presenciadas nas últimas décadas. No Brasil, as mudanças mais marcantes ganham concretude com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e as alterações legais contidas no novo Código Civil, que entraram em vigor em 2002. A partir dessas legislações, a família passou a ser vista sob o formato de várias configurações, com revisões sobre vários temas: virgindade, adultério, casamento, sobrenome e regime de bens. Ressalta-se que, na Constituição Federal de 1988, deu-se uma significativa alteração da condição da mulher, como resultado do processo social, político e cultural dos movimentos feministas do Brasil. A incessante busca por direitos dos movimentos feminista teve uma influência significativa para a valoração de novos espaços públicos e de novos sujeitos político-sociais, assumindo uma dimensão claramente reivindicatória e transformadora, lutando não apenas por reconhecimento, mas em especial, por efetivação de direitos, garantias e oportunidades (*MOREIRA, 2016*).

Ocorrem mudanças nos acordos familiares e na forma como as famílias se inter-relacionam com o Estado. Em sua organização, as famílias têm recebido os impactos dos recorrentes episódios de crises econômicas, processos de ajustes, reestruturação e abertura do país ao mercado externo.

Mesmo com a Constituição Federal de 1988, segundo Teixeira (2016), manteve-se a contradição básica entre proteger a família e/ou tratá-la como fonte de Proteção Social dos seus membros. De um lado, ela é recolocada como base da sociedade e deve, desse modo, ser protegida pelo Estado, sendo o alvo de políticas públicas e portadora de direitos, logo, sujeito de direitos; de outro, também é portadora de responsabilidades, pois é responsabilizada, ao lado da sociedade e do Estado, pela proteção dos seus membros.

Conforme Sartori e Garcia (2012), é possível dizer que se desenvolveu certo tipo de Política Social, na qual se insere uma “política de família à brasileira”, em que a família sempre fez parte integrante das ações desenvolvidas pelo Estado, mas não como foco de política e sim como corresponsável pelo funcionamento dessas Políticas Sociais. Essa tendência se acirrou e se legitimou a partir da chegada da concepção conservadora, encampada pelo ideário neoliberal, que afirmava que a sociedade e a família teriam, desde então, papéis decisivos na redução das desigualdades sociais e ao Estado caberiam os “mínimos sociais”. Com a crise *Welfare State*, a partir dos anos 1980, essa situação se torna cada vez mais comum em países como o Brasil, mesmo não tendo desfrutado desse modelo de Proteção Social. Com a entrada do neoliberalismo na agenda social brasileira, ficam a cargo do Estado somente as questões sociais básicas. Com este novo desenho da Política Social, cabe à sociedade, da qual a família faz parte, o recurso da solidariedade.

Os discursos das Políticas Sociais, conforme Pereira-Pereira (2009), passaram a valorizar a necessidade de fortalecimento da família para que ela descubra potencialidades, no sentido de favorecer-lhe a efetivação da proteção de seu grupo familiar. Assim, as Políticas Sociais, ao assumirem as medidas de ajuste estrutural e ao enfatizarem a família como fonte de recurso para solução dos seus problemas, demonstram uma concordância com a lógica neoliberal da “solução familiar”. Para Sartori e Garcia (2012),

Com a minimização do papel do Estado, a família passa a vivenciar esse paradoxo de forma mais densa. Um dos termômetros desta situação é o impacto das transformações econômicas e sociais nas condições de vida da classe trabalhadora através da família. Com efeito, é exatamente no âmbito da família que se efetuará ou não a inserção dos membros adultos no mercado de trabalho. Caso haja situação de desemprego ou subemprego, é na família que se criarão formas de complementação da renda, daí a entrada precoce de crianças e da mulher no mercado. (SARTORI; GARCIA, 2012, p. 429).

Com as transformações econômicas e sociais que acirram a expressões da “questão social”, fragilizando as famílias na sua função protetiva, e com o neoliberalismo que visa à reconstituição do mercado, reduzindo a intervenção social do Estado nas Políticas Sociais, a família vive um paradoxo: o de estar debilitada para exercer a Proteção Social de seus membros, mas sendo cada vez mais convocada para essa função, pela ausência do Estado.

Assim, a responsabilização da família para com a Proteção Social, revela o seu caráter contraditório. Segundo Pereira-Pereira (2009), a família deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é, de fato, um lócus privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e contra a

insegurança da existência. Forte, porque nela que se dá a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos que perduram pela vida inteira das pessoas, as ela também é frágil pelo fato de não estar livre de despotismos, violências, confinamentos, desencontros e rupturas. Frágil, pela precarização, desassistência e desamparo que sofre frente à inoperância estatal.

De acordo com Sartori e Garcia (2012), perante as circunstâncias de empobrecimento da população e de situações adversas de desemprego e precarização presentes no mercado de trabalho, é no cotidiano familiar que os indivíduos provêm suas necessidades. Desse modo, nessa última década, a família passou a ser elemento central nas Políticas Sociais, sendo responsabilizada por aquilo que, até então, era de ordem pública. Na verdade, ela sempre serviu de apoio ao sistema de Proteção Social brasileiro; contudo, a partir do esgotamento do modelo neoliberal e da emergência de crises sociais cíclicas que resultaram em sua vulnerabilização e fragilização, ela não consegue atender às novas demandas. Sendo assim, ela passa a ser alvo de Políticas Sociais focalizadas de vertente compensatória, aplicadas conjuntamente com programas sociais de corte assistencialista.

Nesse contexto de retirada progressiva do Estado, a família não foi capaz de preencher a lacuna deixada por tais formas de intervenção governamental. Com o empobrecimento das famílias, na década de 1990, essa situação agravou-se ainda mais, na medida em que a máxima do Estado Mínimo se expressa, no caso brasileiro, por meio das restrições orçamentárias e privatização ou refilantropização das Políticas Sociais.

Conforme Teixeira (2016), a raiz subjacente dessas mudanças são as relações de produção capitalista, com as novas formas de organização do trabalho. A empresa capitalista, orientada para o lucro, transforma a família; primeiro, porque retira suas funções de produção, e, segundo, porque transfere boa parte das suas funções de socialização e educação para instituições especializadas. Ainda como destaca Teixeira (2016),

Neste quadro de restrições econômico-financeiras e de ações que visam reduzir as demandas do Estado, a sociedade civil e, mais especificamente, a família, aparece com renovado papel na proteção social, em geral, o setor privado, mas como o mercado volta-se cada vez mais para a satisfação de necessidades lucrativas, portanto, para os que têm poder de compra, uma enorme sobrecarga recaía sobre a família, como “amortecedor” da crise, “absorvedor de choque”, de redução do sentimento de exclusão social e de promoção de bem-estar de seus membros. (TEIXEIRA, 2016, p. 64).

Diante dessa conjuntura, o setor privado tem o seu espaço ampliado, pois passa a executar funções que anteriormente eram executadas apenas pelo Estado. Nessa lógica, a ideia

de “centralidade na família”, como difusão ideológica da revalorização da família nas Políticas Sociais, constitui-se em uma das estratégias de privatização do Estado neoliberal, que justifica a ampliação da responsabilização das famílias com a sua própria Proteção Social.

Esse debate, conforme Miotto e Dal Prá (2015), evidencia que a responsabilização das famílias tem sido realizada, essencialmente, por meio do “campo do cuidado”. É justamente nesse campo que ocorre, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar. Sob a égide do cuidado se articulam diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias. Tais custos situam-se no arco dos custos financeiros, como emocionais e de trabalho.

Na conjuntura brasileira, segundo Miotto e Dal Prá (2015), evidencia-se como possível solução o apelo à filantropia – por meio, especialmente, das organizações não governamentais –, marcado pela lógica do velho princípio da subsidiariedade, seguindo uma tendência histórica de um mix público/privado, permeado por mecanismos clientelistas e patrimonialistas, reavivados, com a reforma do Estado, ocorrida nos anos 1990. Nessa lógica, dá-se a transferência da gestão e da prestação dos serviços sociais para organizações privadas, por meio de insígnias diversas: terceirização, concessão, parceria.

Os governos brasileiros, de acordo com Pereira-Pereira (2009), sempre se beneficiaram da participação automatizada e voluntarista da família na provisão do bem-estar de seus membros. Sendo assim, fica difícil falar da existência de uma verdadeira política de família no Brasil, assumida pelos poderes públicos; mesmo porque, o desenho das Políticas Sociais brasileiras sempre foi profundamente influenciado por uma tradição no relacionamento entre Estado e sociedade, em que o primeiro exige esta autoproteção desta última.

Na América Latina, segundo Teixeira, (2016), destaca-se o “familismo”, característico da maioria dos países desse continente e segundo o qual a família, com suas estratégias de sobrevivência, apoios e cuidados, constitui fonte ativa de Proteção Social, diante de um sistema pouco desenvolvido ou de um Estado retraído frente às questões de cunho social, com reformas neoliberais nas últimas décadas, e de um mercado de trabalho pouco inclusivo. Embora seja estratégico contar com a família para se potencializar a Proteção Social oferecida, a proteção familiar não pode ser estendida, sobrecarregada para além da capacidade da família, considerando: a ausência de cuidadores em tempo integral, com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, as transformações urbanas e a redução das redes de apoio; redução do tamanho das famílias; fragilidade de renda, de proteção pública, dentre outras vulnerabilidades, as quais reduzem a capacidade de cuidado da mesma e a disponibilidade das mulheres para o cumprimento deste papel.

Nesse sentido, segundo Esping-Andersen (2000), o familismo é entendido como a perspectiva em que a política pública considera – na verdade, insiste – que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros. Isso corresponde a uma menor provisão de bem-estar por parte do Estado e uma forte presença do mercado.

Por isso, a forma de gerir e distribuir os riscos entre Estado, o mercado e a família, faz diferença nas condições de vida da população. Para Martinez-Franzoni (2008 apud MIOTO; DAL PRÁ, 2015), o bem-estar depende das possibilidades de manejo que as famílias têm dos recursos provenientes dos outros setores, podendo ser sinérgicas ou não. Segundo a autora, na América Latina na maioria das vezes não o são.

A família sempre desempenhou papel significativo na conformação da Proteção Social, constituindo-se “parceira” do Estado e, muitas vezes, o único agente de Proteção Social. Desse modo, a relação Estado/família, bem como a intervenção do Estado sobre a família, são compreendidas por Teixeira (2016) como “sobrecarga” de atribuição de novos deveres, logo, não de redução de funções da família ou de sua dissolução. Essa sobrecarga das funções da família na Proteção Social é verificada com mais intensidade no pós-crise do Estado de Bem-Estar Social, com a difusão de políticas neoliberais, que defendem os provedores informais de bem-estar.

O Estado reduz suas intervenções na área social e deposita na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar. Diante da ausência de políticas de Proteção Social pelo retraimento do Estado, a família é chamada a responder por esta deficiência sem receber condições para tanto. Tem-se uma ação estatal, com Políticas Sociais focalizadas, precarizadas, regionalizadas e passíveis de clientelismo. A crescente desresponsabilização do Estado e do setor público, correspondente inversamente à crescente responsabilização da sociedade civil e da família pela ação assistencial. O resultado é esse paradoxo entre a Proteção Social pública e o crescimento da responsabilidade da família na Proteção Social.

Segundo Pereira-Pereira (2009), a ausência do protagonismo estatal no processo de provisão social, não apenas priva os cidadãos da fruição de direitos, que só o Estado pode garantir, mas também sobrecarrega a família com encargos que superam as suas possibilidades de bancá-los. Essa tendência tem contribuído para o reforço do familismo (ênfase na autoajuda familiar). Em suma, tem-se, em todo mundo, um afrouxamento da relação de mútua implicação entre família, Política Social e direito de cidadania.

Como destacado ao longo deste capítulo, a família passou por alterações na sua organização e nas suas funcionalidades; mudanças essas, decorrentes das transformações

societárias. Com o advento do neoliberalismo, em um contexto de relações de trabalho flexibilizadas e precarizadas, tem-se a implantação do Estado Mínimo e a centralização das famílias nas Políticas Sociais. Como a política de Saúde Mental é parte das várias Políticas Sociais, no próximo capítulo, o foco da discussão recaiu sobre as relações entre o campo da Saúde Mental e a família, dando-se ênfase ao processo de Reforma Psiquiátrica, ao cuidado familiar e à sobrecarga da família da política de Saúde Mental.

2 SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA

Nesta seção, a discussão centrou-se nas relações entre a Saúde Mental e o grupo familiar, com ênfase no processo histórico. Inicialmente, relatou-se brevemente as transformações ocorridas na assistência em Saúde Mental e a construção da política de Saúde Mental brasileira, bem como o processo, ainda em curso, da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica também foi inserida na discussão para se compreender como ocorreu o seu processo, para possibilitar, posteriormente, que se evidenciasse o lugar da família nesse contexto. Após o debate da Reforma Psiquiátrica, apresentou-se um panorama histórico da relação da família na atenção em Saúde Mental, como essa relação sofreu intensos deslocamentos até o momento atual e como ainda é permeado por tensões, avanços e retrocessos. Para melhor entender a relação da família na saúde mental, discutiu-se, também, o processo de cuidar no âmbito da instituição familiar e a sobrecarga decorrente do provimento de cuidados. Por fim, fez-se uma reflexão acerca dessa sobrecarga familiar, a respeito do cuidado “na” e “da” família, com intuito de conhecer os rebatimentos que essa instituição pode sofrer frente ao ato de cuidar, no âmbito da política de Saúde Mental.

2.1 SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A sociedade ocidental contemporânea produz e naturaliza uma percepção do transtorno mental como objeto de intervenção da ciência, seja médica ou outras práticas “psi”. O estigma que emerge adota os termos doente e doença mental como rótulos de exclusão e de anormalidade. Entretanto, a história mostra que nem sempre foi assim, pois, segundo Silveira e Braga (2005), loucura, alienação, doença mental, transtorno mental e sofrimento psíquico não foram pensados de maneira uniforme, nem ao longo da história, nem no mesmo no quesito espaço-tempo.

A loucura, segundo La Haye (2007), mergulha suas raízes nas fontes da cultura; assim, a concepção de ser louco é diferente dependendo do país ou região da qual se é originário. Em função das épocas, a explicação da loucura depende do tipo de explicações fornecidas à história do homem no país.

O fenômeno da loucura está presente na história da humanidade e em qualquer sociedade, mas tem sido representado sob várias formas e com diversas interpretações. Nessa direção, é impossível se pensar a loucura como um fenômeno deslocado de seu contexto.

Conforme Silveira e Braga (2005), a experiência com a loucura nem sempre foi considerada algo negativo, muito menos uma doença. Pelo contrário, na Grécia antiga ela já foi considerada até mesmo um privilégio. Filósofos, como Sócrates e Platão, ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas. Nesse período, a loucura não está totalmente identificada com a perda da razão, mesmo os loucos não sendo considerados normais ou iguais.

Outrora, o louco fazia parte da paisagem social. Havia louco, louco. O jovem louco. O velho louco. O totalmente louco. O semilouco. O louco furioso. O louco de amarrar. O louco do rei. Aquele que se fazia de louco. Que corria como um louco. Que tinha um riso de louco. Que era louco de amor. Louco de tristeza. Louco de raiva. Louco por música. [...]. Outrora, portanto, o louco tinha plenamente seu lugar entre nós. Em nós mesmos! (LA HAYE, 2007, p. 9).

Somente no período conhecido como Antiguidade Clássica, essa relação entre experiência mística e consciência crítica se dissolve. Paulatinamente, a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e encaminhando-se encaminha em uma direção completamente oposta. Ainda, segundo Silveira e Braga (2005), na Antiguidade Clássica há o rompimento entre o místico e o racional, e a loucura já não é mais porta-voz da verdade divina e em pouco tempo passa a ocupar o lugar de representante simbólico do mal.

Até o final da Idade Média, a lepra, encarnando o mal, representava o castigo divino. Contudo, quando a lepra se retirou do contexto social, deixando um espaço aberto, alguns séculos depois, essas estruturas de exclusão social passam a ser ocupadas pela figura do louco. Segundo Foucault (1997), a lepra foi substituída inicialmente pelas doenças venéreas; ao final do século XV, elas sucedem a lepra como por direito de herança. No entanto, não foram as doenças venéreas que asseguraram o papel que cabia à lepra no interior da cultura medieval. Com o desaparecimento da lepra no Ocidente, a loucura, como incógnita, ocupava na concepção da época o lugar do leproso, a partir de uma perspectiva moral excludente que retoma a ideia do castigo divino. Para La Haye (2007),

A estratégia do bode expiatório, do exorcismo ou do ritual expiatório fazem parte do arsenal da exclusão. É verdade que esses métodos são perfeitamente arcaicos. Eles funcionam a partir de mecanismos passionais e são radicais: não deixam qualquer chance àqueles que foram excluídos. (LA HAYE, 2007, p. 17).

Embora na Idade Média já existissem mecanismos de exclusão do louco, não foi nesse período que a loucura foi percebida como um fenômeno que requeria um saber específico, pois

os primeiros estabelecimentos criados para a loucura destinavam-se, simplesmente, a retirar do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele.

A Modernidade Clássica (século XVII e XVIII), conforme Fabris e Ykegaya (2007), foi marcada pelo que se chamou de enclausuramento do louco, por um movimento de separação entre razão e desrazão; esse período tem como marco a criação do Hospital Geral de Paris, em 1656. Os hospitais gerais, herdeiros dos antigos leprosários, tinham como finalidade o depósito dos indesejados sociais: pobres, malfeitores, indigentes e marginais de toda ordem. Os loucos, como sujeitos incompatíveis com a razão e a moral, eram penalizados, excluídos, silenciados, na medida em que eram trancafiados dentro dos hospitais.

A percepção clássica não apenas punia a loucura como desrazão, mas também sinalizava a loucura como doença. A partir dessa visão que aproximava o louco com aos indesejados, estabeleceu-se um paralelo entre o louco e o criminoso: ambos indesejados e deviam, por isso, serem mantidos reclusos porque constituíam um mal à sociedade.

A Modernidade (fins do século XVIII e século XIX) foi a era do nascimento do hospital médico, do asilo e da Psiquiatria. De acordo com Foucault (1997), a Psiquiatria criou o louco, detendo poder sobre ele e retirando dele todo saber sobre si próprio e a sua doença; esse saber passou a ser delegado ao especialista. “Quanto aos pacientes, eles nada mais são que portadores de sintomas e receptores de medicamentos” (LA HAYE, 2007, p. 36).

Conforme Resende (1987), Pinel, na França, Tuke, na Inglaterra, Chiaruggi, na Itália, Todd, nos Estados Unidos, dentre outros, foram os principais protagonistas de um movimento de Reforma, no qual os loucos foram separados dos seus colegas de infortúnio e passaram a receber cuidado psiquiátrico sistemático.

No Brasil, o doente mental, conforme Resende (1987), fez sua aparição na cena das cidades, igualmente em meio a um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas, diferentemente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista. A trajetória do doente mental pela história da Brasil colônia pouco difere da já conhecida dos tempos bíblicos. Aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública. No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa, eram recolhidos às cadeias onde podiam ou não receber maus tratos.

Segundo Silveira e Braga (2005), a atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real, dado que a colônia passou a ser tratada de forma diferenciada, com maior atenção ao seu desenvolvimento, afinal, a sede do governo português estava no Brasil. Assim, em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para

que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, usou-se medidas de controle, dentre as quais, a criação de um espaço em que se recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social.

O modelo psiquiátrico denominado hospitalocêntrico (tratamento em hospitais) do Brasil, segundo Costa et al. (2010), foi inspirado na experiência europeia, mais precisamente na francesa. Contudo, mesmo antes desse fato, já havia no Brasil, desde o princípio do século XIX, registros de cerceamento de indivíduos perigosos ou indesejados nas cadeias, em razão de supostos transtornos mentais, além do abrigo por parte das Santas Casas de Misericórdia.

Segundo Resende (1987), as Santas Casas de Misericórdia que abrigavam doentes pobres, velhos, órfãos e mendigos, desde os séculos XVI e XVII, incluíam dentre seus hospedes, os loucos, mas davam-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros; seus delírios e agitações eram reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, o que, muitas vezes, os condenava, literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

Posteriormente, foi criado o primeiro hospício brasileiro. Como pontua Resende (1987), o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira deu-se em 1852, ano que o Imperador D. Pedro II inaugurou o hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. Essa instituição tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a atender pessoas de todo o império. Ao ser aberto, abrigava 144 doentes; em um pouco mais de um ano, atingiu lotação completa. De um modo geral, os asilos, uma vez abertos, viam-se, em curto espaço de tempo, assoberbados pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais. Esta foi uma tendência constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica¹⁹.

O hospício Pedro II, conforme Rosa (2008), surgiu como resposta à loucura e ao louco, alçado a problema social, no bojo das ameaças à ordem pública e à paz social, decorrentes de uma grande quantidade de pessoas livres e ociosas que circulavam pelas cidades mais importantes do Império e principalmente na sede da Corte.

A exemplo do Rio de Janeiro, conforme destacou Resende (1987), seguiram-se construções, nos anos e décadas seguintes, de instituições em São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará. A urgência que a situação exigia não permitia que se esperasse por hospícios definitivos,

¹⁹ A Reforma Psiquiátrica como um processo contraditório, não evolutivo, sofre importantes mudanças que validam distorções e retrocessos na Política de Saúde Mental no Brasil. No dia 14 de dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovou a Portaria nº 3.588 que, entre outras mudanças, interrompe o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em contraposição às determinações da Lei 10.216/2001, amplia os valores pagos para a internação nessas instituições e estimula a criação de novas vagas psiquiátricas em hospitais gerais. A portaria também prevê a expansão de aporte de financiamento público às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada e, na sua maioria, de cunho religioso.

recorrendo-se a instalações provisórias. A função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico, nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. A função saneadora dos primeiros hospícios deu às origens da assistência psiquiátrica brasileira um aspecto bastante peculiar: o da precedência da criação de instituições destinadas especificamente a abrigar loucos sob o nascimento da Psiquiatria.

A medicalização praticada no hospício, de acordo com Lima Gonçalves (1983), passava a se constituir como o lócus do saber dos que se consideravam como os iluminados da Medicina. O poder-saber médico dava-se, então, pela medicalização, pelos choques e pelas pesquisas sobre drogas.

Ainda, segundo Lima Gonçalves (1983), com a Proclamação da República, a administração do Hospício Pedro II foi entregue, em 1890, ao Estado, que lhe mudou o nome para Hospício Nacional dos Alienados. Em 1903, o Decreto nº 1.132 (do Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil) estabeleceu em seu Art. 1º “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”²⁰ (LIMA GONÇALVES, 1983, p. 30). Ocorreu, assim, a subordinação da pessoa com transtorno mental a um parecer médico e a sindicância de seus cuidados. Nesse sentido, desenvolveu-se o reconhecimento cristalizado da Psiquiatria sobre a loucura.

No ano de 1911, segundo Lima Gonçalves (1983), regulamentou-se a criação de colônias para os doentes mentais, voltadas para a concentração do trabalho agrícola, devido à descoberta do trabalho como valor terapêutico e suporte financeiro para as instituições. Nos objetivos da assistência psiquiátrica surgiu a proposta de eugenia da Liga de Higiene Mental, por meio da qual os psiquiatras passaram a exigir a esterilização dos doentes mentais, bem como a proibição da imigração de pessoas não brancas, para fins de extinção da miscigenação. Tratava-se de proposições de cunho nitidamente nazifascistas.

De acordo com Resende (1987), o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes.

Em 1967, segundo Rosa (2008), o Ministério da Saúde, dinamizando o seu discurso

²⁰ Como expressão dos avanços e retrocessos da Política de Saúde Mental, o Decreto nº 1.132 de 1903 tem parâmetros semelhantes da atual “internação compulsória” dos usuários de drogas que vem ocorrendo nos grandes centros urbanos do Brasil. A internação compulsória é regulamentada pelo Código Penal, é uma internação determinada por um juiz. A mesma é uma afronta aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde e tem como pano de fundo o ‘movimento de higienização’.

preventivista, lançou a Campanha Nacional de Saúde Mental (Decreto n ° 60.252 de 21 de fevereiro). Em 1970, foi extinto o Serviço Nacional de Doenças Mentais, substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental, mantendo um discurso preventivista, guiado pela ambulatorização da assistência, com o objetivo de reduzir o número de internações psiquiátricas e os gastos do Estado no setor.

Em um país subdesenvolvido, com um modelo de assistência à saúde centrado na prática curativa e assistencialista, foi fácil transformar a doença mental em mercadoria rentável. Conforme Silveira e Braga (2005), ao se associar a lógica do capital (lucro) à lógica do modelo manicomial (poder disciplinar), não ficava difícil perceber que a “assistência” se limitava ao mínimo que fosse preciso para manter os loucos sob dominação, sem precisar gastar muito.

Conforme Costa et al. (2011), com a ascensão do movimento sanitário, na década de 1970, teve início o processo de Reforma Sanitária no país, que beneficiou o início do processo de Reforma Psiquiátrica, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual na forma de manicômios. A partir dessas Reformas, surgiram possibilidades de implementar um serviço diferencial de assistência psiquiátrica no país através da promoção da saúde mental.

Para Bravo (2006), a Reforma Sanitária propôs um projeto com base em uma nova relação do Estado com a sociedade, motivando a participação de novos atores sociais nas definições da política setorial, por meio de novos mecanismos de interferência como os Conselhos e Conferências de Saúde, nos três níveis de poder. Como destaca Bravo (2006),

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de saúde. (BRAVO, 2006, p. 96).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, por meio de variados campos de luta, passou a protagonizar e a construir, a partir desse período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência; e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica brasileira advém da articulação de atores sociais que exigiram do Estado a concretização de seus direitos. Alianças e trocas foram realizadas

como uma rede para avanços desse movimento social. A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi bastante influenciada pelo modelo da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia, que preconizava o fim dos manicômios e a sua substituição por novos serviços de Saúde Mental que não reproduzissem a antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação (SANTIM; KLAFKE, 2011). A experiência italiana serviu de exemplo para o mundo e para o Brasil, no qual a partir dela, houve a transformação dos modelos assistenciais em Saúde Mental.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), com esse processo, passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência em Saúde Mental. O II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru-SP²¹, em 1987, adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro.

Nesse período, ainda conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), foram de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Foi essa intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Nesse contexto, foram implantados, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) que funcionavam 24 horas, e foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

De acordo com Antunes e Queiroz (2007), assim como o Sistema Único de Saúde (SUS), a Reforma Psiquiátrica no Brasil consistiu em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos, que desconstruíram tanto os conceitos de saúde em geral, como os de práticas em Psiquiatria. De forma particular, destaca-se no ano de 1989, o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado²², que fora enviado ao Congresso Nacional, objetivando a regulamentação dos direitos das pessoas com transtorno mental. No ano seguinte, consolidou-se a Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS, e foram estabelecidas às condições institucionais para a

²¹ “Em 1986, aconteceu o histórico Congresso, chamado II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru/São Paulo, que desencadeou e possibilitou a criação de um movimento de caráter nacional chamado movimento nacional da luta antimanicomial. Este movimento é partícipe direto das lutas e conquistas na busca da inclusão social do sofredor psíquico. É um movimento plural, independente e autônomo que mantém parcerias com outros movimentos sociais. Em sua trajetória, este Movimento, avançou de uma posição de características de trabalhadores de saúde mental, para um movimento social mais amplo que visa uma intervenção política na sociedade.” (PRANDONI; PADILHA, 2004, p. 534).

²² O projeto de Lei Paulo Delgado, era só um projeto, e ainda assim, antes de sua aprovação ele já inspirava mudanças no modelo vigente. Foi aprovado somente doze anos mais tarde, mas não na íntegra, passando por significativas alterações. Entretanto, a essência desse projeto foi mantida.

implantação de novas políticas de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à Saúde Mental. É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde para a Saúde Mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos. Foi na década de 1990, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passaram a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Amarante (1995), as Portarias 189/91²³ e 224/92²⁴, do Ministério da Saúde, abriram a possibilidade para que o Sistema Único de Saúde (SUS) pudesse financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou a consulta ambulatorial. A partir do ano de 1991, houve uma enorme redução de leitos psiquiátricos e, além disso, vários hospitais psiquiátricos tiveram suas atividades encerradas. Com isso, foram criados vários leitos psiquiátricos em hospitais gerais e muitos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, iniciando, assim, mudanças no modelo da Política Nacional de Saúde Mental.

Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, o Projeto de Lei “Paulo Delgado”, que propunha a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais, foi sancionado pelo Presidente da República, a Lei 10.216, em 6 de abril de 2001. Essa Lei estabeleceu que os tratamentos deveriam ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procurar a reinserção social do doente mental em seu meio; a internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Desse modo, essa lei confere materialidade ao processo de Reforma Psiquiátrica, que

²³ No Brasil, com a Portaria GM no 189, de 19 de novembro de 1991, as oficinas passam a ser regulamentadas e conforme a portaria “serão realizadas em serviços extra-hospitalares”, como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social. (BRASIL, 1991).

²⁴ “Em janeiro de 1992 foi publicada a Portaria n.º 224/92, a qual reafirmava os princípios do SUS, estabelecia diretrizes, regulamentava o funcionamento de serviços de saúde mental existentes à época e fixava normas para: equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde e centros de saúde; ambulatorios de saúde mental; Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); hospital-dia de psiquiatria; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral; e hospital especializado em psiquiatria. Essa portaria cumpriu o importante papel de ser o documento de orientação e referência, nos sistemas locais de saúde, de implantação dos novos serviços substitutivos.” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 19).

havia desencadeado desde os anos 1970, por diversos atores, forças e em diferentes territórios e contextos, conforme evidencia Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6).

Nesse sentido, segundo Vasconcelos (2010), é possível identificar três grandes fases no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: i) Primeira fase (1978-1992): - denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços (notadamente em Santos e cidade de São Paulo); ii) Segunda fase (1992-2001): II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; iii) Terceira fase (2001-2010): III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, e ampliação inicial da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas etc.).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, apesar do atual retrocesso, possibilitou a conquista de novos serviços para a pessoa com transtorno mental, mais humanos e próximos da família e da comunidade. Ela é uma tentativa de superação do cenário histórico de desassistência e maus-tratos no campo da saúde mental e a construção de novos espaços de intervenções assistenciais, políticas e jurídicas.

De acordo com Belini e Hirdes (2006), o impasse é que apenas a inserção do louco no espaço social não é suficiente para garantir qualidade de vida com dignidade. O processo de Reforma Psiquiátrica não deve significar apenas rearranjos nas técnicas e nas instituições psiquiátricas, nem, tampouco, apenas desfazer o aparato e a cultura manicomial, mas, sobretudo, construir uma nova maneira da sociedade lidar com a loucura.

A Atenção em Saúde Mental embasada na proposta da Reforma Psiquiátrica visa à reabilitação psicossocial, procurando melhorar a qualidade de vida dos usuários e familiares, dando condições para que eles levem uma vida não tão prejudicada nos aspectos biológicos,

psicológicos e sociais.

Essa mudança requer, conforme Dimenstein (2009), além da reformulação dos conceitos sobre o arcabouço teórico-prático que norteia a assistência psiquiátrica tradicional, o reconhecimento de que a Psiquiatria, sozinha, não é capaz de dar conta da complexidade das questões psiquiátricas, mas que ela pode romper com a assistência paternalista que domestica populações, vende remédios e equipamentos médicos, inaugura hospitais e mantém as elites no poder.

Com relação às mudanças na área de Saúde Mental, não se deve combater apenas o hospital psiquiátrico, mas também a cultura manicomial, trata-se de perseguir os vestígios do manicômio, simultaneamente nas estruturas intermediárias, nas cabeças dos terapeutas e naqueles do homem da rua. A revolução psiquiátrica não aconteceu. Ainda está por ser feita. (LA HAYE, 2007). As mudanças na forma de tratamento do sofrimento psíquico apenas iniciaram; porém, é preciso mudar a estrutura social e a percepção acerca da loucura.

A desinstitucionalização é um processo administrativo, jurídico, legislativo, político e ético, de reconhecimento de novas práticas que colocam novos sujeitos de direito e novos direitos para esses sujeitos. O futuro da Reforma Psiquiátrica “não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias [...]”. (AMARANTE, 1995, p. 494).

A desinstitucionalização, nesse contexto, significa tratar o sujeito em sua existência e em virtude das suas condições concretas de vida. Isso significa não apenas administrar-lhe remédios ou psicoterapias, mas construir-lhes possibilidades. A pessoa com transtorno mental deve tornar-se um sujeito e não um objeto do saber psiquiátrico. E a família precisa de suporte das políticas sociais para cumprir seu papel de provedora de cuidadora, além de ser vista como instituição dotada de possibilidades e limites, direitos e deveres.

Conforme destaca Vasconcelos (2010), avanços mais significativos e amplos na Saúde Mental só serão possíveis se conseguirmos avançar a luta popular-democrática em seu conjunto, o que implica em condições de vida e de trabalho, bem como em políticas sociais mais condizentes com os interesses históricos da maioria da população.

2.2 A FAMÍLIA NA POLÍTICA DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Conforme se discutiu até então, a maneira de interpretar e de se relacionar com o sofrimento psíquico é uma construção social, econômica, política e cultural. Cada período histórico e cada sociedade têm uma forma particular de lidar com os transtornos mentais. O processo histórico também evidencia que a relação da pessoa com transtorno mental e a família sofreu grandes deslocamentos.

Nas sociedades pré-modernas, conforme Robaiana (2010), a loucura era abordada de formas diversas, de acordo com a cultura local; ora era vista como atributo de não humanos, ora era vista como uma manifestação dos deuses ou demônios, ou transcendência da natureza humana. O louco era uma questão de natureza privativa da família.

Nessa mesma perspectiva, Castel (1978 apud ROSA, 2008), relata que, nas sociedades pré-capitalistas, o louco era uma questão remetida à competência da família. Somente na sua inexistência ou na sua impossibilidade de controlar o louco, a loucura tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei.

A Psiquiatria surgiu na França, com Pinel, como especialidade médica, sob a vigência da Revolução Francesa. A nova ordem social, centrada no homem, passava a ser guiada pelos preceitos de liberdade igualdade e fraternidade. Entretanto, os loucos desafiavam a universalidade desses preceitos.

O princípio de liberdade fazia menção ao homem racional. Assim, o louco considerado desprovido de razão não era considerado humano, mas sim alienado, sendo excluído do estatuto de cidadão. Também não se aplicava a ele o princípio de igualdade, pois, já que não se ajustava ao modo de produção, não podia ser considerado um modelo de homem. Ao louco cabia somente o preceito de fraternidade, que foi traduzido por cuidado; porém, na ótica da tutela. Como pontua Robaiana (2010), “Numa só cajadada, a sociedade se “livra” da convivência com os loucos e reafirma os preceitos da revolução, necessário à sustentação da sociedade capitalista. O isolamento torna-se a tecnologia de cuidado à loucura.” (ROBAIANA, 2010, p. 141).

A loucura coloca em xeque o princípio essencial da sociedade burguesa: a razão. O louco ficava à margem do contrato por não partilhar da mesma racionalidade burguesa, mas sua inclusão persistia como um problema. A burguesia solucionou o problema político que representava a loucura delegando mandato à Psiquiatria. Para Amarante (1995),

O asilo tornou-se então o espaço da cura da Razão e da Liberdade, da condição

precípua do alienado tornar-se sujeito de direito. [...]. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço de exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades. (AMARANTE, 1995, p. 493).

Com a exclusão social do louco do meio social, por meio da internação psiquiátrica e com a mudança de seu estatuto para “doente mental”, outra relação se constrói entre o louco e sua família, diferentemente das sociedades pré-capitalistas, em que o louco era uma questão privativa de sua família.

De acordo com Rosa (2002), a relação da família com o louco apareceu como um problema social a ser resolvido pela sociedade burguesa e como uma questão teórica. No cerne do alienismo, essa relação resulta na justificativa científica do princípio do “isolamento terapêutico” do louco: o distanciamento entre a família e o seu louco é colocado como um princípio terapêutico. De um lado, a família foi considerada como estando sob a ameaça de alienação e, por isso, necessitava ser protegida; de outro, o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora da alienação mental. Portanto, a origem da alienação provinha da família e tinha uma causa moral.

A cultura dos médicos alienistas, resume-se ao enunciado: “tu és louco, tu vais ao manicômio e lá ficarás” (LA HAYE, 2007 p. 28). Essa foi a época do grande encarceramento, em que se visava a retirar das mãos dos religiosos os cuidados dos doentes mentais para confiná-los aos médicos.

O alienado, conforme Rosa (2002), era considerado detentor de um caráter indisciplinado e isolado, deveria ser reeducado para controlar seus impulsos. Além disso, o isolamento era tido como uma prática de prevenção moral, pois sendo o alienado, sendo um indisciplinado, era visto como uma figura perigosa para a estrutura familiar e um modelo negativo a ser imitado. O discurso psiquiátrico alienista visava a constituir uma nova moral para regular as relações familiares, porque a causa da alienação se situava no desregramento moral.

De acordo com Rosa (2008), com a apropriação do louco pela Psiquiatria, que visava obter a cura por meio do asilamento, a família ficava restrita ao papel de identificar a loucura, de encaminhar a pessoa com transtorno mental ao asilo, de visitá-la e de fornecer as informações necessárias sobre a sua história. Dessa forma, a relação da família com a pessoa com transtorno mental passava a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da assistência. Havia, nesse sentido, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar e, à família, restaria aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, como promessa da Psiquiatria.

O alienismo, como foi denominada essa primeira fase da Psiquiatria, segundo Beato e

Passos (2003), consolidou-se nesse espaço asilar reformado produzindo uma nova percepção da loucura que se torna dominante, e inscrevendo-se no domínio médico como doença e incapacidade para o trabalho, ou impossibilidade de integração social.

Após a Segunda Guerra Mundial, conforme Rosa (2008), dinamizaram-se alterações estruturais na sociedade burguesa; ao capitalismo concorrencial segue-se o capitalismo dos monopólios²⁵ ou estágio imperialista. Economicamente, esse período histórico, nos países de Primeiro Mundo, expressa a “secundarização” da lógica do mercado em prol das políticas de pleno emprego e de direitos sociais; surge, nesse contexto, o “*welfare state*”²⁶.

O pós-guerra-mundial pode ser identificado como um “divisor de águas” entre os modelos da assistência em Saúde Mental. Anterior a esse período, tinha-se o movimento da medicalização e institucionalização da pessoa com transtorno mental; já no período pós-guerra, assistiu-se a um movimento orientado para a desinstitucionalização e implantação de serviços abertos e comunitários.

Nesse período pós-guerra, referente à relação da família com a pessoa com transtorno mental, as análises responsabilizaram a família pelas anormalidades que pudessem, segundo Melman (2002), romper com a expectativa de criar filhos fortes, saudáveis, preparados para o mercado de trabalho e para viver em comunidade.

Nesses movimentos, no período pós-guerra, que questionam o modelo Hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação da assistência em Saúde Mental, surge a antipsiquiatria e a perspectiva basagliana. A antipsiquiatria, conforme de La Haye (2007), assumia o contrapé da Psiquiatria. Ela fazia o balanço da história da Psiquiatria e recusava o controle da medicina sobre a saúde mental do público. Todavia, não se tratava de uma única corrente de pensamento, mas sim de um vasto movimento, de uma encruzilhada e uma rede de convergências. Os movimentos que a constituíam assumiram formas diversas. Segundo os países em que surgiram, eles deram ênfase a tal ou qual tipo de disfunção. Suas experiências são muito diferentes umas das outras. Em função das personalidades e dos grupos que a constituíram, a antipsiquiatria assumiu formas de tal modo diversas que não foi possível defini-la por um único tipo de pensamento e aplicação.

Segundo Rosa (2008), a antipsiquiatria, como movimento de denúncia e de contestação

²⁵ Segundo Netto (2002), o Capitalismo dos monopólios é a fase que sucede a fase do capitalismo concorrencial, momento em que é necessária uma “exportação dos capitais”. Nesse, ocorre a centralização e concentração ainda maior do capital, aumentando a exploração, a alienação, o “exército industrial de reserva”, a desigualdade e exclusão social.

²⁶ Conforme discutido no Primeiro Capítulo, o conceito de “Welfare State” constitui uma resposta aos conflitos e às crises cíclicas do capitalismo; trata-se de uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade.

da Psiquiatria clássica, deu grande contribuição ao “campo psi”. Entretanto, suas teses sobre família se mostraram parciais, culpabilizando a família pela emergência do transtorno mental.

Diferentemente da antipsiquiatria, segundo Rosa (2008), a perspectiva basagliana responsabilizava-se pelas pessoas com transtorno mental num trabalho de desinstitucionalização direcionado para renovar as pessoas como atores sociais. A família foi percebida positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, embora seja vista para Basaglia, como uma das instituições de violência.

A partir dos anos de 1970, conforme Rosa (2002), com a crise fiscal do Estado no primeiro mundo e a reorientação das políticas sociais pelo ideário neoliberal, a família ganha uma outra visibilidade, inclusive no Brasil. Muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas ao grupo familiar e outras lhe são exigidas em decorrência da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural.

Nessa década, de acordo com Rosa (2002), sob influência dos estudos feministas, da ação dos movimentos de familiares, as análises marxistas e pelas consequências dos movimentos de reforma psiquiátrica, a relação da família com a das pessoas com transtorno mental, no cotidiano e nas análises teóricas, começa a ser complexificada. Despontam os estudos que priorizam os fatores macrossociais, relacionados ao impacto produzido pelo transtorno mental nas condições da unidade familiar, e os impactos produzidos pela emergência da pessoa com transtorno mental sobre a família e a suas condições de reprodução. Outros ressaltam o provimento de cuidados pela família, as características da mulher como principal cuidadora e as particularidades do cuidado doméstico.

Com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com a pessoa com transtorno mental, pois, com a desinstitucionalização, a família começa a ser considerada elemento fundamental do cuidado, surgindo várias visões e entendimentos sobre essa relação. Nesse sentido, Rosa (2003) destaca:

Dentre essas visões destacam-se: a família vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANT’ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003); a família como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental, mas não o único e nem obrigatório (MIRANDA, 199 apud ROSA, 2003); a família como sofredora, necessitando de assistência e suporte social (MOTTA, 1997 apud ROSA, 2003); a família como um sujeito de ação política e coletiva, construtor de cidadania e avaliador dos serviços de saúde (SANT’ANA; FONTOURA, 1996; PEREIRA, 1997 apud ROSA, 2003) e a família como provedora de cuidado, mas sempre com o auxílio dos serviços de saúde nos momentos de crise e não continuamente (ROSA, 2003, p.150).

Independente das diversas visões decorrentes da relação da família com a pessoa com transtorno mental, essa relação com o processo de desinstitucionalização ganhou destaque, e tanto as famílias quanto as pessoas com transtorno mental precisam ser atingidas pelas políticas sociais, a fim de se alcançar os princípios da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Stamm e Miotto (2003), “Trabalhar com a família é estar em trânsito entre o micro e o macrosocial, entre o ser humano na sua individualidade e na sua coletividade, enfim é mergulhar infinitamente nas relações intra e extrafamiliares.” (STAMM; MIOTTO, 2003, p. 161).

A participação da família, segundo Covelo e Moreira (2015), é essencial para que o tratamento do usuário ocorra de maneira efetiva. Todavia, para tanto, fazem-se necessárias ações voltadas à família, buscando-se soluções práticas para que ocorra o fortalecimento de uma boa relação entre família, serviço e usuário como parceiros no tratamento. Quando o serviço se apresenta como parceiro da família, contribui-se diretamente com a reabilitação psicossocial. Por isso, esses equipamentos incluem os familiares no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, também lhes ofertando um cuidado especial.

Nesse sentido da importância de familiares e usuários para as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira, destaca-se que, a partir do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental de BAURU, em 1987, os familiares e usuários passaram a participar, efetivamente, do movimento que antes era, predominantemente, de trabalhadores. (COVELO, MOREIRA, 2015).

A relação da família com a pessoa com transtorno mental, conforme Rosa (2002), teoricamente, passou por vários estágios. Sofreu inflexões decorrentes do desenvolvimento e à evolução dos saberes “psi”, mas também esteve sujeita às variações conjunturais em cada realidade sócio-histórica e cultural, acompanhando o movimento do próprio capitalismo.

2.3 A FAMÍLIA E AS “POLÍTICAS DE CUIDADO” EM SAÚDE MENTAL

A família é uma instituição social cuja estrutura e finalidades foram construídas no decorrer dos tempos. Dessa forma, torna-se fundamental despir-se de valores, de crenças e de experiências familiares pessoais. Conforme assinala Miotto (1997), ao falarmos de “famílias”, é importante ater-se à sua especificidade, à sua particularidade, posto que as famílias diferem significativamente entre si nos diversos momentos da história humana.

Ao longo da história da humanidade, também as atribuições da família, no que diz respeito ao cuidado com a pessoa com transtorno mental, já tiveram vários significados. Nas

sociedades pré-capitalistas, o cuidado se dava na família; no século XVIII, a família é excluída do provimento de cuidado da a pessoa com transtorno mental; em outro período, ela é visualizada; porém, é considerada como causadora da doença. Atualmente, ela foi eleita como principal cuidadora da pessoa com transtorno mental.

Segundo Mello (2005), a política de Saúde Mental contemporânea brasileira baseia-se, principalmente, nos referenciais basaglianos, que indicam o retorno e a permanência da pessoa com transtorno mental em seu meio social, englobando a família e a comunidade. A inclusão da família transforma-se, desse modo, em condição *sine qua non* para a concretização das atuais propostas da Reforma Psiquiátrica.

A nova lógica de atenção à Saúde Mental requer compreender o sujeito como um todo; segundo Santim e Klafke (2011), deve-se encará-lo como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, esse modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada para o sujeito em suas amplas facetas, inserindo-o em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que a pessoa com transtorno mental crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental reforça a importância da convivência familiar também para as pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003) prioriza o atendimento à família, chamando-a a participar na prevenção e no tratamento da problemática do uso de drogas, juntamente com outros protagonistas, como a comunidade e demais serviços e políticas públicas, ou seja, a rede social. A sociedade, para Santim e Klafke (2011), está sendo convidada a refletir e a reconstruir os (pré) conceitos diante da doença mental. Nesse contexto, existem grandes modificações como a participação dos familiares.

Para dar materialidade à Constituição Federal de 1988, a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005) e a Política Nacional de Saúde Mental (apoiada pela lei 10.216, de 6 de abril de 2001) prezam pelo atendimento integral ao paciente, tendo como diretriz a inserção da família no tratamento e no acompanhamento no processo de recuperação e de reinserção na sociedade²⁷. (AMARAL; BRESSAN, 2015).

²⁷ Diante das principais situações ocasionadas pelo indivíduo, em decorrência do abuso de álcool e outras drogas, emergem algumas ações de cuidado da família como, por exemplo, buscar em bares e em outros locais de uso. Isto acaba sendo muito comum nas famílias onde há uma pessoa com problema decorrente do uso de álcool e outras

A questão do provimento de cuidado é extremamente complexa principalmente em famílias com um membro com transtorno mental, cabendo aqui a necessidade de refletir sobre o significado do termo cuidado.

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009), relatam que, em seu sentido etimológico, a palavra cuidar, de origem latina, está frequentemente associada ao verbo *cogitare*, cujos significados são: pensar, supor e imaginar. Já o verbo *cogitare* origina-se do vocábulo *co-agitare* e assume o significado de “agitação de pensamento”, “revolver no espírito” ou “tornar a pensar em alguma coisa”. O termo cuidar se aproxima do vocábulo latino *curare*, cujo sentido associa-se à ideia de “tratar de”; “pôr o cuidado em”. Em um sentido mais amplo, o vocábulo “cuidado” derivado do latim *cogitatus* apresenta como sinônimo o termo desvelo, definido como o “cuidado e vigilância contínua”, diligência, zelo e solicitude.

Do ponto de vista da prestação de cuidados formais, Pegoraro e Caldana (2008), caracterizam o cuidado como um processo contínuo que engloba a vida nas esferas social, emocional e material.

Segundo Maranhão (2000), o ato de cuidar está vinculado à capacidade daquele que cuida, à capacidade de identificar as dificuldades do outro, tendo sempre como objetivo a promoção de quem recebe este cuidado. Nesse aspecto, o cuidado varia conforme quem o exerce, por ser dotado de muitos sentidos. A forma de identificar as necessidades de cuidado do outro é uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, podendo sofrer variações dependendo de quem cuida. O cuidado para com a saúde pode ser uma ação priorizada e organizada a partir das concepções sobre o processo saúde e doença, o desenvolvimento humano e o contexto sociocultural do indivíduo que presta cuidado. Isso ocorre porque a saúde é um fenômeno complexo, cuja construção ocorre no contexto cultural, no modo de vida diário, na interação entre o social e o meio físico. Assim, como a saúde é fenômeno complexo e sociocultural, a família com o processo de cuidado também o são. Essa dinâmica se materializa na forma como cada família vai definir suas estratégias de cuidado em Saúde e em Saúde Mental.

O cuidado com a pessoa com transtorno mental exige-se da família um grande esforço para a manutenção de vínculos e a realização de atividades da vida diária, assim como para se lidar com as consequências decorrentes desse transtorno. Cuidar em saúde mental envolve atitudes permeadas por sentimentos de: atenção, zelo, bem-estar, proteção, medo, insegurança e atenção.

Como forma de proteção, o cuidado familiar inclui: a higiene pessoal, a salubridade e a adequação da habitação; uma alimentação segundo as necessidades individuais; o uso de vestuário adequado ao clima e a prevenção de acidentes no domicílio, entre outros (SOCCOL et al., 2013).

O cuidado encontra-se na essência e na constituição do ser, estando presente em todos os seus atos, palavras e gestos, permeando o fazer. A empatia, a confiança, a paciência, o afeto, e a comunicação são elementos do cuidar (SOCCOL et al., 2013).

A família tem sido referenciada para provimento de cuidado à pessoa com transtorno mental, ou seja, para contribuir para a reabilitação psicossocial. Apesar de sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação, a família via de regra, não tem recebido a devida atenção pelas políticas sociais. Com o neoliberalismo, muitas funções anteriormente assumidas pelo Estado são devolvidas à família ou exige-se que ela as assuma, sem dar o devido suporte. Com isso, a família sobrecarrega-se com várias tarefas para as quais não se encontra preparada, dentre elas, o cuidado da pessoa com transtorno mental.

A preocupação de inserção da família no cuidado reflete uma rede a ser constituída com diversos atores, em que o cuidar se constrói por meio do comprometimento e da implicação com o outro. Dessa forma, é necessário reconhecer o outro como sujeito, e não como objeto de intervenção (COVELO, MOREIRA, 2015).

A reorientação da assistência vem gradualmente avançando de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fazendo emergir mudanças conceituais e práticas, criando novas formas de pensar, tratar e cuidar em Saúde Mental que envolve a estruturação de uma rede de serviços e cuidados. Porém, conforme Dalla Vecchia e Martins (2009), a demanda por assistência não se restringe apenas à remissão do quadro sintomatológico, mas também à estrutura do cuidado no cotidiano, que envolve fatores emocionais, econômicos e relacionais. Assim, enquanto algumas famílias têm uma espantosa capacidade de adaptar-se e mudar, mantendo a continuidade, outras não conseguem o mesmo resultado (STAMM; MIOTO, 2003).

O direito à convivência familiar da pessoa com transtorno mental é indispensável para garantir sua qualidade de vida e estabelecer sua condição de cidadão; entretanto, não há como negar o impacto gerado na família, principalmente pela ausência de suporte das políticas sociais. A convivência com o transtorno mental, para Borba, Schwarts e Kantorski (2008), provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. A partir do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de

incredulidade, perda do controle e medo. Além disso, gera desgaste na família, por ter que compreender e lidar com os comportamentos não convencionais da pessoa com transtorno mental, como falar sozinha, inversão do ciclo do sono, retraimento social, humor inconstante e descuido com a higiene pessoal.

Nas famílias das pessoas com transtorno mental, o familiar responsável pelo cuidado, que na maioria das vezes, é uma única pessoa, passa a incorporar na sua rotina funções que atendam às necessidades básicas da pessoa com transtorno mental, como coordenar suas atividades, administrar sua medicação, acompanhá-la aos serviços de saúde, lidar com os comportamentos não convencionais do familiar, bem como com o estigma social.

Para Barreto e Andreatta (2015), esse “cuidar do outro” exige dedicação total por parte daquele que assume a integralidade do cuidado. E cuidar de uma pessoa dependente faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em razão das necessidades do outro. O cuidador informal ou familiar trata-se de alguém da família, sem formação na área da Saúde, que se propõe a cuidar de um ente familiar; essa sobrecarga vivenciada pelo cuidador pode afetar a sua qualidade de vida. Embora toda a família seja afetada pela ocorrência, é um de seus membros, denominado cuidador familiar, que assume a responsabilidade pelo cuidado ao indivíduo em suas necessidades. Desse modo, divide seu tempo e atenção entre as novas demandas com o familiar e suas próprias atividades, funções profissionais, familiares, sociais e conjugais, podendo tornar-se, conseqüentemente, sobrecarregado.

Ao assumir o papel de cuidador, a pessoa depara-se com uma situação para a qual, na maior parte das vezes, foi obrigação de ordem social e moral. Segundo Martins e Guanaes-Lorenzi (2016), a participação em termos de oferecimento de suporte a alguém querido explicita uma contradição comum em contextos em que familiares ou pessoas próximas se tornam cuidadoras. Por um lado, esse cuidado é visto como um apoio e suporte necessário e oferecido com boa vontade. Por outro, ele também é visto como uma responsabilidade que pode causar sobrecarga devido à demanda que coloca ao cotidiano. O que sinaliza que a participação da família no tratamento está também associada às várias outras tarefas presentes no dia a dia dessas pessoas, tais como seus empregos e suas ocupações, cuidados com sua própria saúde ou com outros relacionamentos para além daquele com o familiar. Entende-se, nessa perspectiva, ser importante que a oferta de assistência à família se caracterize como uma opção de apoio e suporte, e não como mais uma obrigação que a sobrecarrega.

O cuidado familiar provoca várias alterações na rotina da família e principalmente do cuidador, que na sua maioria é do sexo feminino. Nesse sentido, conforme Vasconcelos (2010), no âmbito privado, o peso do cuidado a pessoa com transtorno mental tende a recair nos

familiares, e principalmente nas mulheres, que muitas vezes sacrificam seus projetos de vida e se tempo diário para o provimento de cuidado, com abalos financeiras e psicológicas para elas, em um fenômeno que geralmente não tem visibilidade social.

Tornar-se cuidador de uma pessoa com transtorno mental, segundo Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), pode gerar sobrecarga porque constitui uma quebra no ciclo esperado e vida, que tem a expectativa de que pessoas adultas sejam independentes. Além disso, o cuidador coloca suas necessidades e desejos em segundo plano, e reorganiza sua vida em função das necessidades do outro.

Segundo Melman (2002), o termo sobrecarga familiar fundamenta-se no impacto provocado pela presença da pessoa com transtorno mental junto ao meio/ambiente familiar e envolvem aspectos econômicos, práticos e emocionais a que se encontram submetidos aqueles familiares que se encarregam do cuidado do usuário.

Sobrecarga familiar é um conceito complexo que envolve uma série de atribuições e essas variam conforme a singularidade de cada contexto familiar, social, cultural e econômico. Para Almeida et al. (2010), vários fatores podem influenciar a sobrecarga dos cuidadores, tais como características dos usuários, grau de parentesco, frequência do convívio entre cuidadores e usuários, a personalidade dos cuidadores, suporte social, estrutura e adequação dos serviços de saúde.

De acordo com Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), o conceito de sobrecarga vem sendo diferenciado em duas dimensões, uma objetiva e outra subjetiva. A sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas geradas pelo ato de cuidar, tais como: alteração na rotina, diminuição da vida social e profissional do cuidador, perdas financeiras e supervisão de comportamentos problemáticos. Já a subjetiva remete às percepções, às preocupações, aos sentimentos negativos e aos incômodos pela função de cuidador.

Nesse sentido, Cavalheri (2010), argumenta que a família que tem um dos seus membros adoecidos mentalmente apresenta dificuldades expressas por meio de uma série de exigências, como, por exemplo, acompanhar e/ou vigiar o usuário, auxiliar na higiene e na alimentação, administrar medicamentos. Quando é necessário intervir em comportamentos exacerbados, que limitam a possibilidade de vínculo empregatício, resulta-se em sobrecarga emocional, social e financeira para a família. Além disso, os cuidadores relatam a sensação de solidão e desamparo frente a tantas solicitações. Suas queixas apontam pouco comprometimento e/ou distanciamento dos demais membros da família, bem como de outros recursos da rede social.

Ainda conforme Cavalheri (2010), nesse viver alicerçado sobre muitas demandas, sobre o imprevisível e diante da dificuldade de convivência do seu familiar com outras pessoas

vizinhas e amigos e pelas reações de preconceito, a família, mais especificamente o cuidador, passa a ter vida enclausurada no lar com a pessoa adoecida.

Dessa forma, o provimento de cuidados, na relação familiar, é uma situação complexa que abarca diversas facetas, dentre elas a sobrecarga do cuidador. Assim, a família precisa ser vista como um grupo que necessita de apoio das políticas sociais para lidar com os impactos gerados pelo transtorno mental em seu núcleo, os quais, inegavelmente, acarretam alterações nas atividades cotidianas.

2.3.1 Do cuidado “na” Família ao cuidado “da” Família: reflexões acerca da sobrecarga familiar

Com os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, muitas mudanças vêm ocorrendo no setor saúde. No campo da Saúde Mental, certamente a maior conquista é o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS. A partir dessa Reforma ainda em curso, os sujeitos que antes só tinham os hospitais psiquiátricos como opção, agora podem contar com serviços mais próximo de seu território, da sua comunidade e de seus familiares. Com esse tipo de prática, a família não tinha lugar de destaque no debate em Saúde Mental, e era considerada como mais uma parte da sociedade a ser protegida da influência negativa do convívio com a loucura. (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016).

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em Saúde Mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada.

O trabalho da desinstitucionalização é reconstruir as pessoas como atores sociais. Logo, seria importante que os serviços se integrassem às redes de cuidados, nas quais os familiares pudessem ser ativos e envolvidos com a implantação de novos rumos da assistência. (COVELO; MOREIRA, 2015).

As principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à Saúde Mental estão relacionadas à qualidade de vida dos usuários, à valorização da inserção dos familiares no tratamento e ao processo de desmistificação da loucura junto à sociedade.

Desde a desinstitucionalização dos doentes mentais crônicos, tem-se percebido a necessidade de que haja uma rede de serviços que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família para amenizar as dificuldades encontradas no dia a dia, devendo a intervenção no ambiente familiar fazer parte da rotina dos serviços de Saúde Mental (SANTIM; KLAFKE, 2011).

Em função tanto das mudanças na concepção de saúde, quanto das transformações dos serviços oferecidos, decorrentes do processo da Reforma Psiquiátrica, segundo Martins e Guanaes-Lorenzi (2016), o discurso acerca da necessidade e importância da participação da família no cuidado de seus parentes com transtornos mentais ganhou destaque. Oficialmente, a família passou a ser considerada como parceira do tratamento nos novos ambientes de atendimento.

Observa-se uma valorização da família como parte do tratamento. Contudo, os entendimentos sobre as formas como isso deve acontecer são diversas e, muitas vezes, contrastantes. Essa família é apresentada ora como parceira do tratamento, ora como sistema a ser cuidado. Esse não é um processo que ocorre sem tensões e contradições.

Vale destacar que, nos debates ocorridos durante a Reforma Psiquiátrica, a família era entendida por várias dimensões e sentidos, entre os principais, por um grupo que necessita de cuidados e assistência, como provedora de cuidados e avaliadora dos serviços. Mais recentemente, ela foi incluída nos debates como sujeito político, pois “se organiza e luta por direitos”, e é um recurso fundamental para o êxito no tratamento (ROSA, 2009).

Rosa (2009) faz referência à portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002), como um passo importante na trajetória da Saúde Mental no Brasil. Nessa portaria, fica estabelecida a nítida mudança nas relações entre os serviços de psiquiatria e a família, pois, até então, os familiares eram vistos como informantes; como um recurso episódico ou como uma visita, muitas vezes, inconveniente. Com a referida portaria, fica previsto que nos projetos terapêuticos é necessário o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família com o propósito de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento (ROSA, 2009).

A partir da Reforma Psiquiátrica, segundo Santin (2011), entende-se que o cuidado em Saúde Mental é partilhado entre família e serviços de saúde, as teorias sobre a relação adoecimento psíquico e modos de funcionamento familiar precisam ser revisitados. A clássica visão sobre a família enfatizando a sua responsabilização sobre o adoecimento dos seus membros não oferece aos serviços possibilidade de aliança para o cuidado e não desperta o desejo de realizar intervenções no modo de funcionamento familiar por estabelecer uma aliança com o usuário e uma coalisão com o restante dos membros. Assim, serviços pouco familiarizados com os parâmetros da Reforma assumem que já cuidam do usuário e que não têm possibilidade de cuidar também das famílias, referindo ao grande número de pessoas que estão nos serviços, a dificuldade de envolver os familiares em grupos, a sobrecarga do trabalho, entre outros.

A importância da família com o processo de desinstitucionalização é prevista pelo próprio Ministério da Saúde. Nesse sentido, segundo Brasil (2013), a principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os usuários que necessitem de atenção. Dentro dessa perspectiva, a família é requisitada como parceira dos novos serviços, passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar com transtorno mental, considerando que a família é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde.

Devido à necessidade de perceber a família como aliada na reabilitação psicossocial, entre as atribuições dos profissionais dos serviços de saúde mental, destaca-se realizar práticas de trabalho que favoreçam a inserção familiar nas estratégias de cuidado. Assim, todas as atividades realizadas podem ser fundamentadas nessa perspectiva, tais como: grupos, atendimentos individuais, acolhimentos e visitas domiciliares (LIMA; AGUIAR; SOUSA, 2015).

Dentro da perspectiva de atenção psicossocial, um dos objetivos do CAPS é incentivar a participação familiar no serviço por ser o vínculo mais forte do usuário com o mundo. E o grupo de familiares do CAPS é uma das ferramentas para oferecer suporte aos familiares, tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como um momento para que o familiar cuidador possa desabafar, falar das suas angústias e do seu cansaço, mas também falar de si mesmo enquanto pessoa, não somente enquanto cuidador (SANTIM, 2011).

No trabalho com grupos de familiares, é necessário que seja construído um espaço para a troca de vivências dessas pessoas, pois potencializa novas estratégias de cuidado, uma vez que não há um receituário que ensine como cuidar de uma pessoa com transtorno mental. Os profissionais devem ainda formular propostas de reflexões relacionadas ao contexto em que estão inseridas. Para tanto, a aproximação com os familiares é fundamental para conhecer a realidade e se pensar estratégias de participação e protagonismo das famílias. O trabalho com famílias exige um preparo e conhecimento profissional acerca do tema. Há de se ter o cuidado para não responsabilizar os membros e entender que nenhuma família se prepara para ter um membro doente e por isso é importante dar suporte a ela. (AMARAL; BRESSAN, 2015).

Os serviços de saúde mental necessitam oferecer suporte para o desempenho de tarefas e decisões para o cuidado familiar, buscando fortalecer as relações que podem produzir saúde, não esquecendo que a família faz parte de uma rede social também envolvida nos processos da

atenção psicossocial (MIELKE et al., 2010).

A atenção psicossocial, no momento em que prioriza o cuidado no território em serviços comunitários, apresenta novas demandas aos profissionais, ao usuário, à família e à sociedade na construção do cuidado em saúde mental. Dentre essas demandas, destaca-se o desafio de promover a participação da família no planejamento e execução do cuidado no trabalho em saúde.

De acordo com Mielke et al. (2010), alguns estudos realizados no CAPS demonstram que as equipes profissionais têm utilizado como estratégias de inserção da família no cuidado em saúde mental espaços como grupos terapêuticos de familiares, atendimento individual por qualquer profissional do serviço, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no serviço. Na atenção psicossocial, não se espera que as famílias simplesmente convivam com aquele que sofre, mas que sejam compreendidas em suas dificuldades para lidar com esse fato. Nesse sentido, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos. Em geral, o que a família busca é apoio e orientação para maneiras de cuidar e conviver com seu familiar.

Dessa forma, um transtorno mental não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o universo familiar. A presença dele pode configurar um desgaste subjetivo e objetivo na família, haja vista que o usuário de Saúde Mental pode se tornar dependente de seu familiar em vários aspectos da vida cotidiana, sem contar os conflitos que podem ocorrer decorrentes do transtorno mental.

Conforme destacam Covelo e Moreira (2015), o surgimento do transtorno mental em uma família transforma suas relações. Em alguns dos familiares, a mudança será maior, em razão da proximidade com o usuário da Saúde Mental. Isso acontece, pois, a família é uma extensão do ente com transtorno mental, por isso, além de submeter-se a mudanças concretas no cotidiano em razão do cuidado, tende a sofrer junto com ele.

Para as famílias, o aparecimento de um transtorno mental e suas consequências faz agravar eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, anteriormente enfrentados por elas. De acordo com Melman (2002), não há dúvidas de que precisam de auxílio para lidar com essas questões e outras, como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para eles quanto para a pessoa com transtorno mental.

Na maioria dos casos, quando a família procura os serviços públicos ou mesmo privados, seus membros encontram-se fragilizados emocionalmente. Rosa (2009), destaca que

“a família que procura a assistência psiquiátrica, no geral, está em um contexto de crise, e uma crise já instalada, com uma história e várias tentativas, sem êxito, para debelá-la.” (ROSA, 2009, p. 168). Normalmente, essa família chega a um serviço de Saúde Mental com sentimento de impotência, exaustão, culpa e desespero, sendo uma das últimas formas de publicizar uma questão que preferia, se tivesse outra opção, resolver no plano privado (ROSA, 2009).

Nessa direção, os profissionais de saúde, conforme Melman (2002), necessitam perceber a família como um elo entre o tratamento e a pessoa com transtorno mental. Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos usuários alivia o peso dos encargos facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas.

A proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não é uma tarefa fácil. Ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que, muitas vezes, pode deixá-las resistentes a acolher o ente que adoeceu (SANTIM, 2011).

Como é possível depreender, o cuidado em Saúde Mental é decorrente de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, a pessoa com transtorno mental e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico.

Algumas vezes, a dedicação de cuidados a pessoa com transtorno mental faz com que os familiares deixem de cuidar da própria saúde para se dedicar a ele. Cuidar de um familiar com transtorno mental envolve atenção com alimentação, higiene pessoal, medicação, acompanhamentos em serviços de saúde ou outros serviços, manutenção dos relacionamentos familiares e assistência diante das diferentes situações a que essa pessoa está exposta. (SOCCOL et al., 2013).

Toda a família precisa se reorganizar para conviver com o transtorno mental. Muitos familiares têm que alterar drasticamente sua rotina para exercer a função de cuidador. Para algumas famílias, esse momento é mais dramático, pois algumas pessoas com transtorno mental se negam a ser cuidados e a assumir o tratamento. Assim, o cuidador precisa dispor de mais tempo para o seu familiar e acaba comprometendo as demais atividades do seu cotidiano (SANTIM, 2011).

É difícil quantificar a sobrecarga de quem convive com uma pessoa com transtorno mental, mas é certo que as famílias sofrem junto, principalmente quem provê o cuidado direto, pois, cuidar de uma pessoa com transtorno mental não é tarefa fácil. Com o surgimento do

transtorno mental, o cuidador vivencia um processo de intenso sofrimento psíquico, sofrendo com seu familiar com transtorno mental. Além disso, a grande quantidade de atribuições que cuidador tem para com a pessoa com transtorno mental, é geralmente elevada, gerando muita responsabilidade, fora a preocupação com os comportamentos imprevistos que a pessoa pode apresentar.

Conforme argumenta Santim (2011), o medo de sofrer uma agressão ou mais comumente, a necessidade de estar sempre vigilante para que a pessoa com transtorno mental não coloque sua vida em risco e faça o tratamento, acaba gerando sobrecarga na família. Muitas vezes, surge a necessidade de um familiar, especialmente a mãe, ter que abandonar o seu trabalho externo para se dedicar ao familiar que adoeceu.

A questão do trabalho, para Santim (2011), também é atingida com relação à impossibilidade ou à dificuldade da pessoa com transtorno mental em ter um emprego, ou uma atividade remunerada. Essa é uma realidade encontrada com bastante frequência, sendo poucas as pessoas acometidas por algum transtorno mental grave que estão empregados.

Com a desinstitucionalização, em que a pessoa com transtorno mental tem a possibilidade de convivência familiar, passa-se a gerar uma disputa pela responsabilização entre famílias e instituições pelo cuidado. Todavia, diante desse complexo papel da família no cuidado em Saúde Mental, devem ser feitas propostas no sentido de “cuidar do cuidador” para que ele continue exercendo sua função com um desgaste menor, melhorando tanto a própria qualidade de vida, quanto a daquele que é cuidado.

Dada a importância da família para os planos de cuidados no âmbito da Saúde Mental, cada vez mais, formas de atuação conjunta e voltadas aos familiares são discutidas. A partir da Reforma Psiquiátrica, o cuidado próximo ao âmbito familiar é valorizado por ter um impacto positivo na reabilitação psicossocial (COVELO; MOREIRA, 2015).

Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e suas dificuldades de convívio com uma pessoa com transtorno mental, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

A família é entendida como parceira no cuidado da pessoa com transtorno mental, mas também necessita receber o suporte adequado para superar situações de desgaste físico e emocional, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação. Entende-se que as tecnologias relacionais, especialmente o acolhimento e a escuta, são estratégias fundamentais para efetivar a inclusão das famílias nos serviços substitutivos em saúde mental. Essas tecnologias fortalecem a

produção de saúde, proporcionam a criação de vínculos que possibilitam que a família alcance nova organização, facilitando o processo de reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização, pressupostos da Reforma Psiquiátrica (MIELKE et al., 2010).

Em contrapartida, o trabalho com famílias no campo da Saúde Mental deve levar em consideração outro aspecto importante: a tendência de enxergar somente a pobreza, a impotência e a impossibilidade da família. Pode-se afirmar que esse posicionamento é um risco ou mesmo um equívoco do profissional diante do atendimento a uma família em situação de crise. Rosa (2009), ressalta que quando isso ocorre o profissional pode ficar tão estagnado, fazendo com que ele não perceba as possibilidades existentes na família e também na intersetorialidade com as demais políticas sociais. Para a autora, a circunstância de crise é a ocasião em que a família mostra toda a sua incapacidade, impotência, mas é também, a ocasião em que estão afloradas várias capacidades.

Rosa (2009), também argumenta que a família em crise tende a transferir a resolução do problema para o profissional, o qual precisa estar atento para não entrar no dilema de se sentir na obrigação de dar uma resposta ou encontrar uma solução. É preciso posicionamento ético para não interferir nas decisões da família, de modo a evitar opinar e agir de maneira autoritária, limitando a autonomia das famílias. Por conseguinte, os profissionais precisam dar suporte as famílias, entendendo suas dificuldades, sem realizar a culpabilização, mas precisam se colocar de forma ética para não serem autoritários e/ou assumirem responsabilidades que não são de sua alçada.

O grande desafio, de acordo com Santim (2011), parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando compreendidos nesse universo aspectos de adoecimento e de cuidado. O trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, em que há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore. Como pontua Mioto (1997),

[...] da mesma forma que não é possível entender um jogo de xadrez olhando somente para as peças, uma vez que o movimento de cada uma afeta a posição e o significado de todas as outras, a família não pode ser tomada apenas como a soma de suas partes [...]. (MIOTO, 1997, p. 22).

A análise apresentada permite concluir que a construção de um espaço de cuidado em

Saúde Mental somente ocorre mediante participação da família, do usuário e dos serviços de Saúde Mental, por meio da corresponsabilização no cuidado por meio do investimento na qualidade das relações entre os atores envolvidos.

Dessa forma, família e cuidado são duas categorias que estão intrinsecamente relacionadas, uma vez que a família, em toda a sua história, nas suas mais diversas configurações, está caracterizada pelo seu papel de cuidado e proteção de seus membros. Entende-se a família como elemento fundamental na relação do cuidado, e o cuidado não é apenas no momento de zelo; mas como atitude que engloba saber profissional e saber familiar (STAMM; MIOTO, 2003).

Defende-se que é na família que se encontra a matriz do cuidado, e esse cuidado não é só “na” família, mas sim em todas os espaços de vida da pessoa com transtorno mental. Ademais, o cuidado não é somente “da” família, mas sim dos vários atores envolvidos, como profissionais, comunidade e a sociedade como um todo. O cuidado precisa sim ser “com” a família, na condição de parceira no processo da Reforma Psiquiátrica.

Após se refletir sobre a relação entre saúde mental e família, o capítulo seguinte concentrou na análise e no cotejamento dos dados desta pesquisa.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS SEUS REBATIMENTOS NO GRUPO FAMILIAR

As reflexões teóricas produzidas nas duas primeiras seções desta pesquisa pontuam o movimento da Reforma Psiquiátrica, destacando, principalmente, o dinamismo da família no decorrer do processo histórico e as suas atribuições e alterações na função protetiva. Conseqüentemente ao processo da Reforma Psiquiátrica, houve a concretização das políticas de Saúde Mental, as quais alteraram o foco sobre a família, que passou, a partir dos anos de 1990, a ser requisitada como parceira no cuidado em Saúde Mental, destacando-se como eixo central das políticas sociais de cunho familista.

Nesta terceira seção, objetivou-se apresentar os resultados da pesquisa realizada com os familiares dos CAPS I pertencentes à 20ª Regional de Saúde do Paraná, buscando identificar como o processo da Reforma Psiquiátrica, com a implantação de novos serviços e novas formas de cuidado, traz rebatimentos às famílias na convivência familiar e na função protetiva privada.

Inicialmente, descreveu-se o percurso metodológico da pesquisa, no qual o local e o processo da pesquisa foram destacados. Em seguida, apresentou-se o perfil das pessoas com transtorno mental e seus familiares/cuidadores dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, com intuito de levantar o perfil socioeconômico. Posteriormente, por meio da discussão do cuidado em Saúde Mental e seus rebatimentos nas famílias, realizou-se a análise dos dados a partir de duas temáticas: a Assistência em Saúde Mental segundo a concepção das famílias; e os impactos do cuidado em Saúde Mental na organização e na convivência familiar.

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Nesta subseção, inicialmente, objetivou-se elucidar o percurso metodológico do estudo, contextualizando-se a região em que ele ocorreu, delineando, entre outros elementos, a sua problemática, os seus objetivos, os métodos de coleta de dados, os procedimentos de análise dos dados coletados, bem como os cuidados éticos realizados.

Além da elucidação sobre o percurso metodológico, foi escopo apresentar os resultados da pesquisa realizada com os familiares/cuidadores dos CAPS I pertencentes à 20ª Regional de Saúde do Paraná, em que se buscou apreender, compreender e analisar os rebatimentos da implementação da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias atendidas nos referidos equipamentos. Para tanto, em um primeiro momento apresenta-se o contexto socioeconômico dos familiares, sujeitos da pesquisa, seguido da interpretação dos dados coletados a partir das categorias de análise elencadas.

A coleta de dados foi realizada com as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A eleição do CAPS I como campo da pesquisa deu-se pelo fato desse centro ser um equipamento estratégico dentre os serviços substitutivos de base comunitária, após a promulgação da Lei Federal nº 10.2016/2001, e também pelo fato do CAPS I ter o diferencial de atender a todas as faixas etárias e a demanda de transtorno mental e substâncias psicoativas. Assim, esse equipamento, pela realidade e pela demanda com que trabalha, favorece a possibilidade de análise dos rebatimentos relativo ao cuidado de pessoa com transtorno mental na convivência familiar.

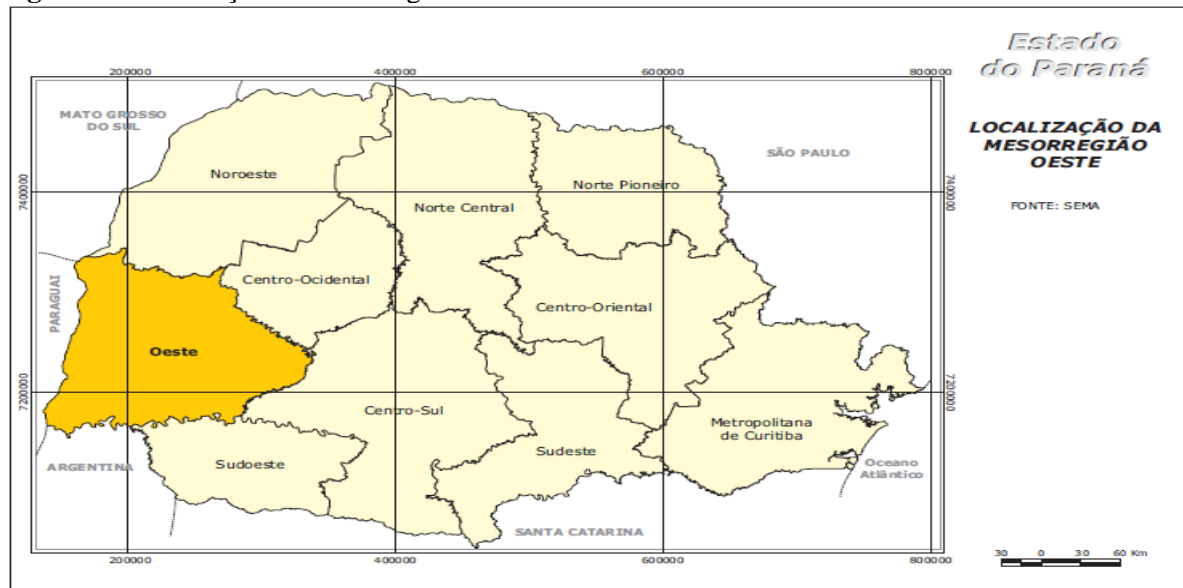
3.1.1 O local da pesquisa

A pesquisa em pauta foi realizada na Mesorregião Oeste do Estado do Paraná, com os municípios da 20ª Regional de Saúde que têm o CAPS I implantado. Essa Regional de Saúde compreende 18 municípios da região Oeste do Estado do Paraná e sua sede fica localizada na cidade de Toledo.

O Paraná está localizado na Região Sul do Brasil, com 399 municípios, e uma área de 199,554 Km², o que equivale a 2,3% da superfície do Brasil²⁸. De acordo com o Censo realizado no ano de 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população à época do censo era de 9.706.000 habitantes.

Tendo-se em vista que a pesquisa foi realizada na área de abrangência da 20ª Regional de Saúde, necessário é mister apresentar a mesorregião, que pode ser visualizada com a ajuda da figura 1.

²⁸ Dados de 2017 retirados do site da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, em seu sítio online, disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/>

Figura 1: Localização da Mesorregião Oeste do Estado Paraná

Fonte: IPARDES (2003).

Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social do Paraná (IPARDES, 2003), a Mesorregião Oeste Paranaense está localizada no Terceiro Planalto Paranaense e abrange uma área de 2.290.859 hectares, o que corresponde a cerca de 11,5% do território estadual. Essa região faz fronteira com a Argentina e o Paraguai, e conta como principais divisas os rios Piquiri, Paraná e Iguçu, sendo constituída por 50 municípios.

Sua localização distante da porção leste do território, por onde se iniciou o povoamento do Paraná, e a quase total inexistência de infraestrutura de comunicação, interligando-a ao restante do Estado, foram fatores decisivos que a mantiveram por tanto tempo isolada e com baixas densidades populacionais. A partir da década de 1940, algumas iniciativas governamentais, como a criação, pelo poder central, do Território Federal do Iguçu, em 1942 (logo extinto, em 1946), e a subsequente criação do Departamento Administrativo do Oeste, por parte do governo estadual, geraram os primeiros impulsos de ocupação e de exploração econômica da região.

Conforme Magalhães Filho (1999 apud IPARDES, 2003), nesse processo, duas correntes imigratórias se destacaram: a primeira, formada basicamente por agricultores de origem alemã e italiana; e a segunda leva de imigrantes penetrou a região a partir da vasta área cafeeira do Norte paranaense e foi formada, principalmente, por fluxos populacionais liberados das plantações de café à medida que essas iam progressivamente sendo substituídas por outras lavouras ou pela pecuária. Entretanto, foi apenas no final da década de 1950 que a integração e a dinamização do Oeste deslançaram, estimulada pelos primeiros esforços efetivos para implantação de um sistema viário que oportunizou e impulsionou a produção de excedentes

para comercialização. A atividade agrícola da região ampliou-se rapidamente, propiciando a expansão do comércio. Assim, não apenas as áreas rurais experimentaram incrementos substantivos de população, ao longo desse período, mas também inúmeros núcleos urbanos foram se formando para dar suporte à agricultura em expansão.

Segundo o mesmo Instituto de pesquisa, no que tange à composição por sexo da população dos distintos grupos etários, a Mesorregião Oeste, a exemplo das demais mesorregiões do Estado, evidencia uma predominância masculina no segmento de crianças e de jovens (abaixo de quinze anos) residentes na área. Já as faixas de idade intermediária e superior da população regional apresentam, em média, um predomínio numérico feminino, resultante dos efeitos da seletividade migratória por sexo e idade combinados àqueles provenientes da sobremortalidade masculina.

Ainda segundo Magalhães Filho (1999 apud IPARDES, 2003), no contexto de acelerado crescimento populacional, a Mesorregião Oeste Paranaense concentrou no início da década de 1970 cerca de 750 mil habitantes. Em 1970, tinha apenas 19,9% da população vivendo nas áreas urbanas, situando-se entre as mesorregiões menos urbanizadas do Paraná, com um grau bastante inferior ao do Estado, então de 36,1%. Em 2000, essa proporção equiparava-se à média estadual (81,4%), alcançando 81,6% da população nas áreas urbanas. A Mesorregião Oeste foi a última fronteira de ocupação do Estado, integrando-se à dinâmica estadual apenas a partir dos anos 70, quando coincidiram fatores como a expansão da agricultura moderna e o início da construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu. A rede de cidades da Mesorregião Oeste articula um conjunto de 50 centros; 18,6% da população localiza-se em municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes e 24,2% encontra-se em municípios com menos de 5 mil habitantes.

Quanto ao grau de desigualdade social no conjunto dos municípios da Mesorregião Oeste, conforme IPARDES (2003), encontram-se 71 mil famílias pobres, sendo que em 13 desses municípios a proporção de famílias pobres está abaixo da média regional. No que se refere ao quadro de mortalidade, a Mesorregião Oeste, acompanhando a média do Estado, registrou, em 2000, mais de 60% de óbitos associados a apenas três causas: doenças do aparelho circulatório (32,1%); causas externas²⁹ (16,0%); e neoplasias (14,2%). Todavia, diferentemente das demais mesorregiões do Estado, a Oeste foi a única a ter o grupo das causas externas, consideradas mortes violentas, como segunda principal causa de mortalidade. É importante mencionar, ainda segundo o IPARDES (2003), que o município de Foz do Iguaçu, em 2000, respondeu sozinho por 1/3 do conjunto de óbitos registrados com causas mal definidas na

²⁹ Atualmente os acidentes e violências são classificados pelo Ministério da Saúde (MS), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) como Causas Externas.

Mesorregião Oeste, sendo praticamente esse também o peso da sua participação no conjunto dos óbitos regionais devido a causas externas.

A Mesorregião Oeste do Estado do Paraná é a área de abrangência da 20ª Regional de Saúde, local da presente pesquisa, mas, além dela, no Estado do Paraná, existem 22 (vinte e duas) Regionais de Saúde, divididas por regiões, conforme o mapa a seguir:

Figura 2: Mapa das Regionais de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (2017).

Conforme assevera Couto (2012), as Regionais de Saúde têm como objetivos: assessorar, monitorar e avaliar as ações e os serviços de saúde dos municípios nas áreas de Vigilância em Saúde, de Gestão e Atenção em Saúde e de Administração Regional, respeitando as particularidades de cada área.

Segundo Piccinin e Cardoso (2016), antes da criação da 20ª Regional de Saúde em Toledo, havia o 21º Distrito Sanitário que fora criado em agosto de 1986 e que envolvia os seguintes municípios: Toledo, Assis Chateaubriand, Guaíra, Marechal Candido Rondon, Nova Santa Rosa, Palotina, Santa Helena e São José das Palmeiras, Terra Roxa e Tupãssi. De acordo com Casagrande (1992 apud PICCININ; CARDOSO 2016), a 20ª Regional de Saúde teve seu Regimento Interno e Estrutura Organizacional aprovada em 1988/1989, pelo Presidente do Conselho de Administração da Fundação Caetano Munhoz da Rocha, Secretário de Estado da Saúde, Delcino Tavares da Silva, conforme Deliberação nº 116/1989.

Ainda, conforme Piccinin e Cardoso (2016), em 10 de fevereiro de 1988, a 20ª Regional de Saúde teve sua área de atuação definida pelo Decreto nº 2441 do Governo do Estado do Paraná, pela Deliberação 110/1988 do Conselho de Administração da Fundação Caetano Munhoz da Rocha e pelo Projeto de Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde,

aprovado em 18 de agosto de 1988, pelo Secretário de Estado da Saúde, segundo o qual ficavam definidos 12 municípios que pertenceriam a essa regional, a saber: Assis Chateaubriand, Diamante do Oeste, Guaíra, Marechal Candido Rondon, Nova Santa Rosa, Outro Verde do Oeste, Palotina, Santa Helena, São José das Palmeiras, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi. Posteriormente, foram incorporados mais 6 municípios: Quatro Pontes, Entre Rios do Oeste, São Pedro do Iguaçu, Mercedes, Maripá e Pato Bragado conforme processo de municipalização dos mesmos.

Esta pesquisa foi realizada com os municípios da 20ª Regional de Saúde que contam com a modalidade de CAPS I. De acordo com o Censo do IBGE (IBGE, 2010), os 18 Municípios de abrangência da 20ª Regional de Saúde têm a seguinte população: Assis Chateaubriand - 33.028 habitantes; Diamante do Oeste - 5.027 habitantes; Entre Rios do Oeste - 3.922 habitantes; Guaíra - 30.669 habitantes; Marechal Cândido Rondon - 46.799 habitantes; Maripá - 5.691 habitantes; Mercedes - 5.046 habitantes; Nova Santa Rosa - 7.625 habitantes; Ouro Verde do Oeste - 5.690 habitantes; Palotina - 28.692 habitantes; Pato Bragado - 4.823 habitantes; Quatro Pontes - 3.804 habitantes; Santa Helena - 23.425 habitantes; São José das Palmeiras - 3.831 habitantes; São Pedro do Iguaçu - 6.492 habitantes; Terra Roxa - 16.763 habitantes; Toledo - 119.353 habitantes; Tupãssi - 7.997 habitantes, totalizando uma população de aproximadamente 358.677 habitantes.

Desses municípios, cinco têm implantado o CAPS I, sendo os seguintes municípios: Assis Chateaubriand, Palotina, Guaíra, Marechal Candido Rondon e Santa Helena. No quadro 1 constam os dados dos referidos municípios.

Quadro 1: CAPS I da 20ª Regional de Saúde

Município	Habitantes -Estimativa IBGE 2017	Data da Implantação do CAPS I	Ano de Habilitação do CAPS I
Assis Chateaubriand	34.064	2014	2018
Guaíra	32.974	2012	2013
Marechal Candido Rondon	51.795	2014	Sem Habilitação
Palotina	31.366	2010	2010
Santa Helena	25.911	2017	Sem Habilitação

Fonte: IPARDES (2017) e 20ª Regional de Saúde (2018).

Tendo em vista o critério populacional para implantar o CAPS I, conforme Portaria nº 3336/2002, os municípios têm em média um número de habitantes não muito diferente, sendo Marechal Cândido Rondon o mais populoso e Santa Helena o de menor população. Quanto à implantação, o município de Palotina foi o pioneiro, com inauguração do CAPS I em 2010; já Santa Helena foi o último a ter esse serviço. Nesses municípios, há dois CAPS (Santa Helena e Marechal Cândido Rondon) sem habilitação do Ministério da Saúde e, portanto, sem incentivo financeiro do Governo Federal; são mantidos somente com recurso municipal.

Após essa contextualização sobre o local da pesquisa, os procedimentos adotados e o caminho percorrido na presente pesquisa foram descritos na subseção a seguir.

3.1.2 O processo de pesquisa

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem propondo novos espaços para as pessoas com transtorno mental, e os CAPS foram um dos principais serviços criados. Diante desse processo, o presente trabalho tem como objeto de estudo a família na Política de Saúde Mental e os rebatimentos e impactos gerados pelo cuidado em Saúde Mental. Como os CAPS são atualmente os equipamentos estratégicos da Política de Saúde Mental, os usuários e as suas famílias são sujeitos chaves para se compreender a problemática que se quer pesquisar, a saber: Em que medida a implementação da Reforma Psiquiátrica gera impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde? Quais são esses impactos? Ou que tipo de rebatimentos foram produzidos sobre a família diante da necessidade do cuidado de um membro com transtorno mental posta pela lógica da convivência familiar e comunitária em que se pauta a Reforma Psiquiátrica?

As discussões foram construídas no âmbito da contextualização das diversas transformações sofridas pela família ao longo do processo histórico, tendo como foco a capacidade protetiva da instituição familiar. Com as reformas neoliberais e o desmonte da proteção social pública, a família fica cada vez mais desprotegida. Assim como nas demais Políticas Sociais, no campo da Saúde Mental, também se tem uma política fragmentada, e é diante dessa realidade que se buscou compreender os rebatimentos e os impactos sobre as famílias usuárias dos CAPS, no campo do cuidado, e como elas enfrentam essa realidade em sua relação com o serviço e com seu familiar com transtorno mental.

A fim de se atingir os objetivos desse estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa com dados quantitativos. A abordagem qualitativa, segundo Chizzotti (1991), “faz parte do

fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 1991, p. 78). Nessa direção, pode-se conhecer a realidade indo além da aparência, e, no caso específico deste estudo, conhecer as especificidades da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em Saúde Mental, nas famílias pesquisadas.

Optou-se, a partir dessa abordagem, pela pesquisa exploratória, tendo em vista que favorece uma maior aproximação com o universo a ser pesquisado. A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (1991), visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de ideias.

O primeiro passo para realização da pesquisa foi o levantamento bibliográfico por meio da revisão da literatura sobre temas que norteiam esse trabalho científico. Isso se deu mediante leituras e fichamentos realizados em livros, periódicos, artigos acadêmicos e sites da Internet referentes à Saúde Mental, com o intuito de aprofundar o conhecimento teórico e, conseqüentemente, para responder aos objetivos da proposta investigativa.

Ademais, foi realizada a pesquisa documental ou de fonte primária para aprofundar a investigação, analisando-se legislações relativas à Política de Saúde Mental. A pesquisa em manuais e instruções normativas referentes à Saúde Mental foi feita com a proposta de conhecer as orientações relativas aos atendimentos familiares.

Posteriormente, realizou-se a pesquisa de campo, sendo a entrevista semiestruturada a abordagem técnica utilizada, cujo objetivo foi obter informações, por meio da fala dos atores sociais, que respondessem ao problema de pesquisa. Dessa forma, o universo da pesquisa foi composto por famílias de pessoas com transtorno mental, atendidas nos CAPS I dos municípios de Assis Chateaubriand, Palotina, Guaíra, Marechal Cândido Rondon e Santa Helena, os quais compõem a 20ª Regional de Saúde.

Para realizar a pesquisa de campo, diante do compromisso ético com as informações do processo investigativo, e seguindo o protocolo do Comitê de Ética, foi elaborado o Formulário de entrevista (Apêndice 1), Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2), Termo de Compromisso para Uso de Dados em Arquivo (Apêndice 3) e o Termo de Ciência do Responsável pelo Campo de Estudo (Apêndice 4)³⁰.

Com intuito de atingir aos objetivos propostos, os sujeitos da pesquisa foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: famílias de pessoas adultas (maiores de 18 anos de idade)

³⁰O deslocamento e os custos financeiros para realização da pesquisa nos municípios ocorreram por conta da pesquisadora.

com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas, atendidas nos CAPS I³¹ dos municípios que compõem a 20ª Regional de Saúde.

Para dar encaminhamento ao processo de coleta de dados, no ano de 2017, foi realizado contato com os Coordenadores dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde para esclarecer o objetivo da pesquisa e obter assinatura no Termo de Ciência do Responsável pelo Campo de Estudo (Apêndice 4). Em um município, não havia ainda um Coordenador entre a Equipe Técnica e o contato e a autorização foram realizados junto à Coordenação da Atenção Primária em Saúde, que provisoriamente estava respondendo pelo CAPS. Em três dos CAPS pesquisados, o Termo de Ciência foi assinado e encaminhado por e-mail, mas, em um deles, foi necessário realizar a visita institucional, pessoalmente, para a obtenção da autorização para realização da pesquisa. Em seguida a esse processo, encaminhou-se o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade, sendo esse aprovado (Anexo 1)³². Após a aprovação, realizou-se contato novamente com os coordenadores dos referidos CAPS I para solicitar a escolha aleatória de duas famílias para a entrevista.

As entrevistas foram realizadas com duas famílias de cada CAPS I da 20ª Regional de Saúde, sendo uma família de pessoa com transtorno mental que nunca foi internada e uma com um familiar de pessoa com transtorno mental que já foi internada. O intuito de escolher essas duas situações para a entrevista foi o de verificar se o processo de internamento pode interferir nos dados relativos ao impacto sofrido pela família com o exercício dos cuidados em Saúde Mental.

As entrevistas com as famílias foram realizadas por meio de um Formulário (Apêndice 1) dividido em três partes. A primeira parte contém questões para o levantamento de dados do perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa, relacionado ao primeiro objetivo específico. Na segunda parte do questionário, as questões abordam dados de assistência em Saúde Mental, o que se refere ao segundo objetivo específico. E na terceira, dados de impacto na convivência familiar que buscam responder ao terceiro objetivo específico. As informações colhidas na entrevista foram gravadas, transcritas e analisadas para a elaboração da síntese interpretativa de todo o material.

Dos CAPS pesquisados, três deles contavam com o profissional de Serviço Social em sua Equipe Técnica, sendo esse o profissional responsável pelo agendamento das entrevistas

³¹ Os CAPS I atendem todas as faixas etárias, conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, art. 7º § 4º i – “CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes”.

³² O projeto de pesquisa foi aprovado conforme Parecer nº 2.000.015 na data de 4 de abril de 2017.

com as famílias de seus respectivos municípios. Em um CAPS pesquisado, a entrevistas foi agendada pelo profissional de Enfermagem. Com o agendamento das entrevistas, a pesquisadora se deslocou até os municípios, e na sede do CAPS I realizou a pesquisa de campo com os familiares. Em um dos CAPS, somente uma família compareceu à entrevista e, apesar de diversas tentativas de reagendamento de nova data com a outra família, não foi possível realizar as duas entrevistas. Assim, ao invés de 10 entrevistas, foram realizadas 9 ao todo.

Com intuito de prever problemas e/ou dúvidas durante a entrevista, realizou-se uma entrevista piloto para testar o instrumento de pesquisa. O pré-teste foi realizado com um familiar de um dos CAPS I de abrangência da pesquisa, no ano de 2017. A entrevista foi transcrita e realizada uma pré-análise para o Exame de Qualificação, o que possibilitou testar o formulário e fazer algumas alterações para a pesquisa final. Devido a essas alterações, a entrevista do pré-teste não foi contabilizada e nem incluída nas análises presentes nesta dissertação.

No momento da entrevista, como compromisso ético, foi apresentado e lido o termo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2) para cada familiar entrevistado. Foi feito esclarecimento sobre o processo de pesquisa, dos seus objetivos e métodos, de forma clara e acessível, na medida da compreensão do participante, a partir de suas características individuais, sociais, econômicas e culturais. Respeitou-se a escolha da pessoa em participar ou não da pesquisa.

Para preservar a identidade de cada participante, as informações foram tratadas de maneira confidencial, de forma a impedir a identificação da pessoa. Conforme orientação do Comitê de Ética, foi garantido o resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada. Seus nomes ou quaisquer outros dados pessoais que possam identificá-los (as), não fizeram parte de publicação, relatório ou outra forma de divulgação. Assim, seus nomes não serão expostos no presente trabalho e as informações obtidas serão simbolizadas por meio de códigos para “familiar” em sequência numérica (letras e números: F1, F2...).

Respeitando os preceitos éticos, a pesquisadora também está embasada no Código de Ética profissional do Assistente Social (BRASIL, 1993), que, dentre outras normativas, em seu Art. 2, prevê o direito de realização de estudos e de pesquisas desde que resguardados os direitos de participação dos indivíduos ou grupos envolvidos nesse trabalho.

Os dados quantitativos, coletados por meio do Formulário de pesquisa (Apêndice 1), foram aplicados durante a entrevista com a população alvo dessa proposta investigativa. Esses dados de cunho quantitativo, e que se referem às questões socioeconômicas, foram sistematizados por meio de gráficos, utilizando-se o programa *Microsoft Excel*; assim, foram

descritas as informações para análise e para interpretação dos dados coletados. Já os dados qualitativos foram tratados por meio da análise de conteúdo, que Bardin (1979) define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 42).

A abordagem de análise de conteúdo tem por finalidade, a partir de um conjunto de técnicas, explicar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o significado desse conteúdo, por meio de deduções lógicas e justificadas. Ela está fundamentada em princípios filosóficos e teóricos, que permeiam a estrutura de pensar do pesquisador.

Segundo Gomes (1993), “as obras que tratam da análise de conteúdo costumam apresentar as seguintes etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados/Inferências/Interpretação” (GOMES, 1993, p. 91). Assim, com base nessas três etapas da análise de conteúdo, procedeu-se a pesquisa, procurando-se fazer, primeiramente, uma leitura compreensiva do material selecionado (pesquisa documental e bibliográfica), que possibilitou definir os conceitos teóricos que orientaram a análise; na segunda etapa, realizou-se a exploração do material, por meio da análise propriamente dita, na qual se elaborou um esquema de estudo com fragmentos das falas dos sujeitos da pesquisa e um diálogo com o texto, identificando-se os núcleos de sentidos, dos quais emergiram as categorias de análise; na terceira parte, respaldando-se no resultado das duas etapas anteriores, efetuou-se a síntese interpretativa, por meio da qual procurou-se dialogar com os objetivos e os pressupostos da pesquisa.

Nas subseções seguintes, os dados são cotejados.

3.2 FAMÍLIA E CUIDADO: REFLEXOS DA REFORMA PSQUIATRICA

3.2.1 O perfil socioeconômico das pessoas com transtorno mental e dos familiares cuidadores

A partir da análise dos dados socioeconômicos das nove entrevistas realizadas com os familiares de usuários atendido nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, levantaram-se algumas características fundamentais para a compreensão da realidade desses sujeitos, as quais são apresentadas nessa subseção. Primeiramente, identificou-se o perfil das pessoas com transtorno mental, ressaltando-se que a informação foi repassada pelo seu familiar

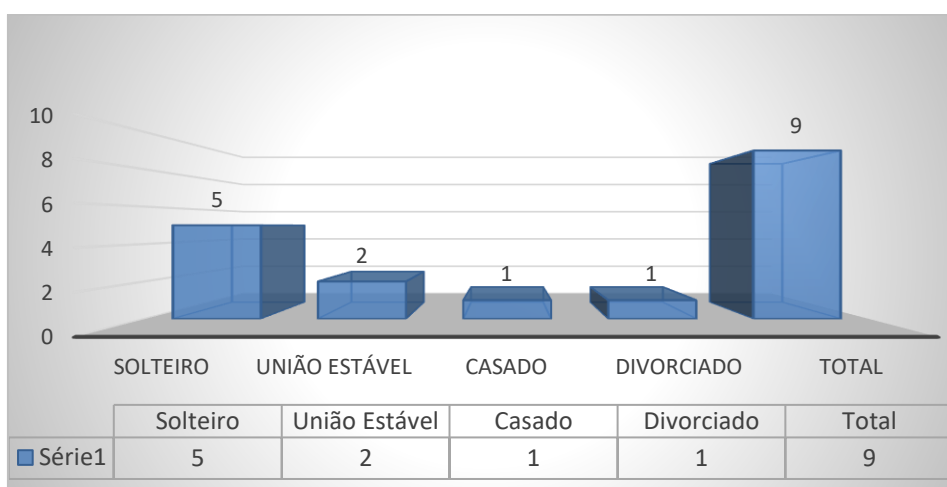
cuidador durante a entrevista. Posteriormente, os sujeitos da pesquisa foram caracterizados, com dados que traçam o perfil das famílias. Os dados analisados foram apresentados em gráficos, para sua melhor visualização.

3.2.1.1 O perfil das pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, integrantes indiretos da pesquisa

O perfil das pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, sujeitos indiretos da pesquisa, foi traçado conforme Formulário de entrevista (Apêndice 1).

No quesito estado civil, das nove pessoas com transtorno mental referidas pelos familiares entrevistados, cinco são solteiras (55,5%), uma divorciada (11,1%), uma casada (11,1%) e duas pessoas (22,2%) encontram-se em união estável, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Estado Civil das Pessoas com Transtorno Mental

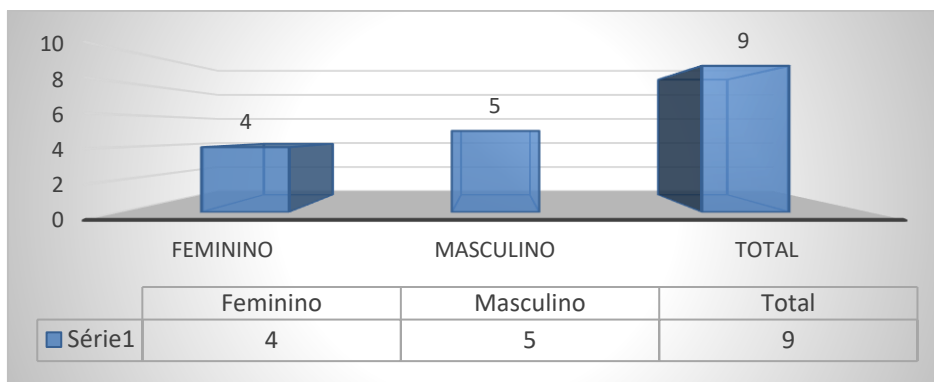


Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Com base nos dados, pode-se dizer que a maioria das pessoas com transtorno mental que compõe a amostra de pesquisa não reside com um parceiro conjugal. Acredita-se que isso se deva ao fato da pessoa com transtorno mental ter comportamentos não convencionais, tais como: inversão do ciclo de sono, retraimento social, humor inconstante, descuido da higiene pessoal e falar sozinho. Segundo Almeida, Araújo e Pinho (2005), o principal motivo que leva à ausência de um(a) companheiro(a) nos casos que envolvem transtornos mentais, está fortemente associado ao próprio adoecimento psíquico e suas decorrências.

Com relação à questão de gênero, identificou-se pouca diferença, sendo a maior prevalência de homens, totalizando cinco (55,5%) e mulheres (44,4%) mulheres, conforme Gráfico 2.

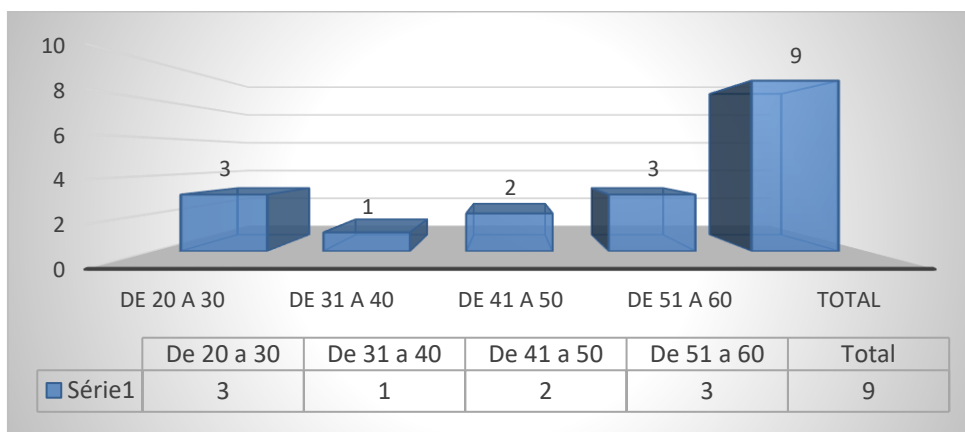
Gráfico 2: Sexo das Pessoas com Transtorno Mental



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Segundo Morgado e Coutinho (1985), verifica-se uma prevalência maior de transtornos no sexo feminino. Entretanto, tal diferença também decorre de artefato de pesquisa, como, por exemplo, o fato de que aquilo que é identificado na mulher como algum tipo de transtorno ficaria encoberto, no homem, sob a fachada de consumo de álcool e outras drogas. Naturalmente que a mencionada diferença depende, sobretudo, dos critérios de diagnóstico e da exaustividade na detecção dos casos na amostra. Por essas razões, alguns estudos até encontram maior prevalência de transtornos no sexo masculino. Dessa forma, acredita-se que, como também foram incluídos neste estudo transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, obteve-se, por esse motivo, essa leve porcentagem a mais de homens com transtornos mentais.

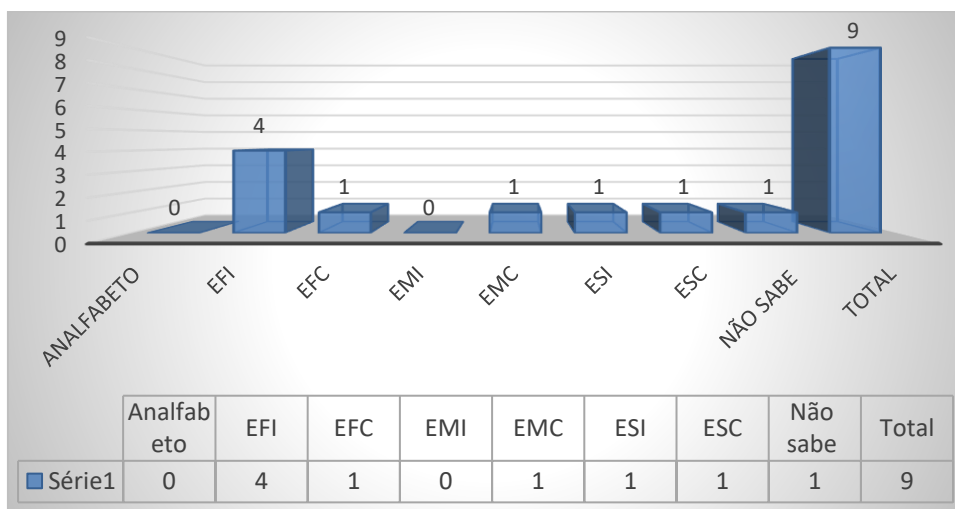
No quesito faixa etária das pessoas com transtorno mental, percebeu-se um grupo bem variado, de jovens a adultos, com maior prevalência na faixa etária dos 20 aos 30 anos, e na idade dos 51 aos 60 anos, havendo três pessoas (33,3%) em cada um desses seguimentos etários. Na faixa etária dos 41 aos 50 anos, foram identificadas duas pessoas (22,2%) e uma prevalência menor nas idades de 31 a 40 anos, com apenas uma pessoa (11,1%), conforme visualiza-se no Gráfico 3.

Gráfico 3: Idade das Pessoas com Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Essa variedade de idades justifica-se pelo fato do CAPS I atender pessoas de todas as faixas etárias, independentemente da idade que iniciou os sintomas do transtorno mental, ou seja, atendem desde a infância até a fase adulta. Segundo a Portaria nº 3.088, 2011, os CAPS I atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Afinal, os transtornos mentais podem afetar qualquer pessoa independentemente da idade, do sexo, da cultura, da raça, da religião, do nível educacional ou da renda.

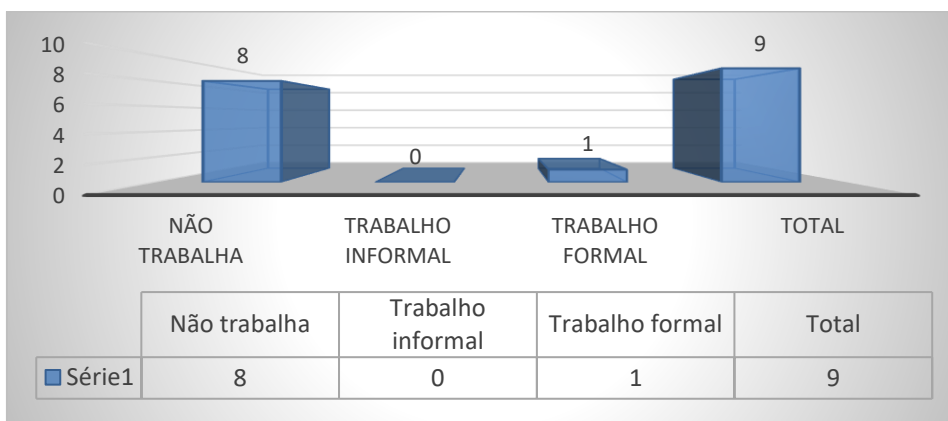
Quanto à escolarização das pessoas com transtorno mental, identificou-se um baixo nível de escolaridade, sendo que uma grande porcentagem se encontra no nível de Ensino Fundamental Incompleto (EFI), totalizando quatro pessoas (44.4%), e os outros níveis como Ensino Fundamental Completo (EFC), Ensino Médio Completo (EMC), Ensino Superior Incompleto (ESI) e Ensino Superior Completo (ESC) apresentam apenas uma pessoa (11,1%) para cada um deles. Ressalta-se que um familiar não soube informar a Escolaridade de seu familiar com transtorno mental. Tais dados podem ser visualizados no Gráfico 4.

Gráfico 4: Grau de escolaridade das Pessoas com Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Acredita-se que essa baixa escolaridade ocorre devido às intercorrências do transtorno mental e os efeitos colaterais dos medicamentos controlados, que dificultam o desenvolvimento de algumas atividades, além do preconceito da sociedade em lidar com o “diferente”. Para Medeiros e Guimarães (2002), o estigma de ser um paciente psiquiátrico pode remeter a uma discussão sobre as projeções da sociedade acerca da loucura. Essas projeções obedecem à lógica do paradigma racionalista que engendra o modelo da normalidade das sociedades modernas, hegemonicamente capitalista. Sob tais projeções subtrai-se dos “anormais” a condição de cidadania. Assim, nessa sociedade preconceituosa, a pessoa com transtorno mental tem dificuldade de se “adaptar” aos padrões educacionais não inclusivos que seguem a lógica racionalista de “normalidade”.

No tocante ao vínculo trabalhista das pessoas com transtorno mental, verificou-se que a grande maioria delas não está inserida no mercado de trabalho. Das nove pessoas com transtorno mental, oito (88.8%) não trabalham, e somente uma pessoa (11.1%) está inserida no mercado de trabalho com um emprego formal, conforme indica Gráfico 5.

Gráfico 5: Vínculo trabalhista das Pessoas com Transtorno Mental

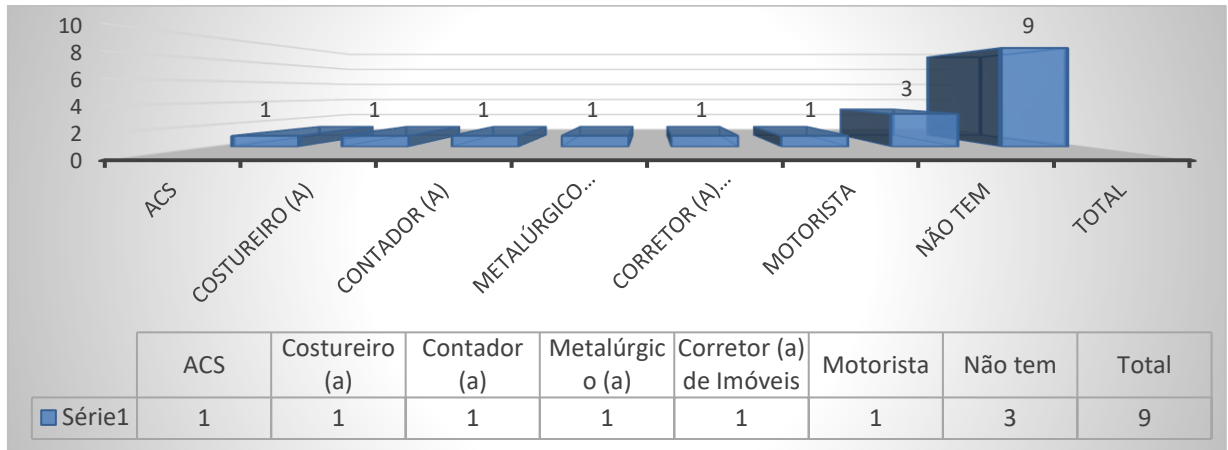
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Segundo Borba, Kantorski e Schwarts (2008), a sonolência, o efeito colateral de alguns psicofármacos, ou parte da sintomatologia clínica, em conjunto com a alteração do comportamento, comprometem a participação da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. Além disso, a dificuldade de a pessoa com transtorno mental ingressar no mercado de trabalho, após a manifestação da doença, tem relação com o preconceito. De acordo com Hirdes (2009), o estigma é a maior barreira para o emprego da pessoa com transtorno mental, pois a modernidade traz conflitos com a competitividade e a geração de emprego, promovendo uma crescente exclusão do mercado de trabalho. Como projetar trabalho para pessoas que têm dificuldade de competir, como uma pessoa com transtorno mental? Nesse sentido, para Martins (2002), “pessoas situacionalmente pertencentes à mesma classe social, como é o caso da classe operária, podem estar incluídas e/ou excluídas, elas podem estar integradas ou não nos mecanismos reprodutivos das relações sociais” (MARTINS, 2002, p. 16). No caso das pessoas com transtorno mental, essas são excluídas das relações produtivas, já que na sociedade capitalista excluem-se as pessoas que não geram lucro para a classe dominante.

Com relação às profissões das pessoas com transtorno mental, foram levantadas uma grande variedade, dentre as quais estão: Agente Comunitário de Saúde (ACS); Costureiro (a); Contador (a); Corretor (a) de Imóveis; Metalúrgico (a); Motorista. Há uma pessoa com transtorno mental para cada uma dessas profissões, de acordo com o que evidencia o Gráfico 6. Tal variedade pode ser justificada pelo fato de que qualquer pessoa pode desenvolver um transtorno mental. Além dessas seis pessoas, outras três (33,3%) não apresentaram uma profissão, provavelmente porque o início do transtorno mental ocorreu em uma faixa etária menor (como indica Gráfico 15), o que dificultou desenvolver uma profissão e se inserir no mercado de trabalho, pois, como verificado no Gráfico 5, a grande maioria não trabalha. Nesse

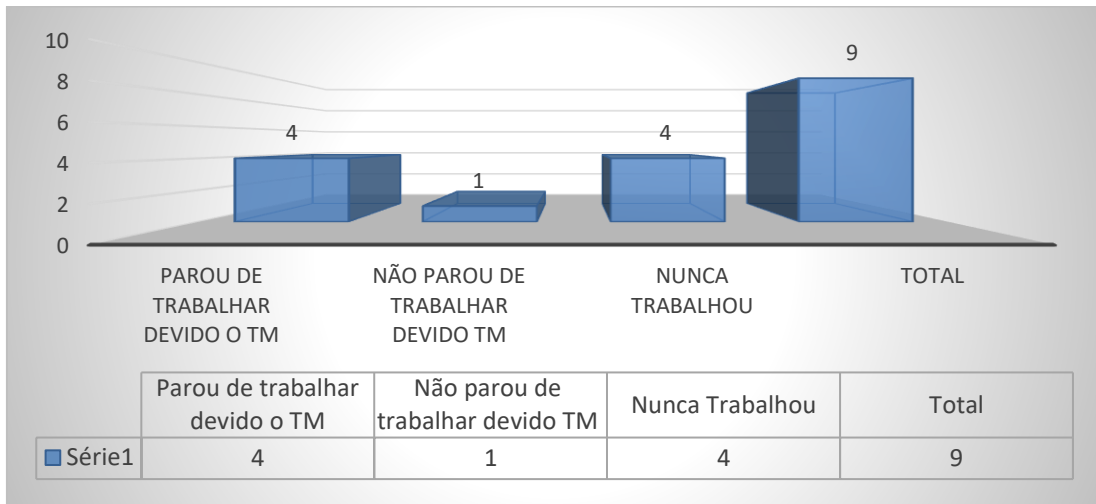
sentido, conforme Assunção, Lima e Guimarães (2017), a idade precoce de início dos sintomas é um marcador reconhecido para gravidade de transtornos mentais, sendo fator de vulnerabilidades ocupacionais. Quanto mais precoce o primeiro episódio ou surto de esquizofrenia, por exemplo, maiores são os danos cognitivos, comportamentais e sociais, com prováveis efeitos sobre os recursos para se manter ocupado.

Gráfico 6: Profissão das Pessoas com Transtorno Mental



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

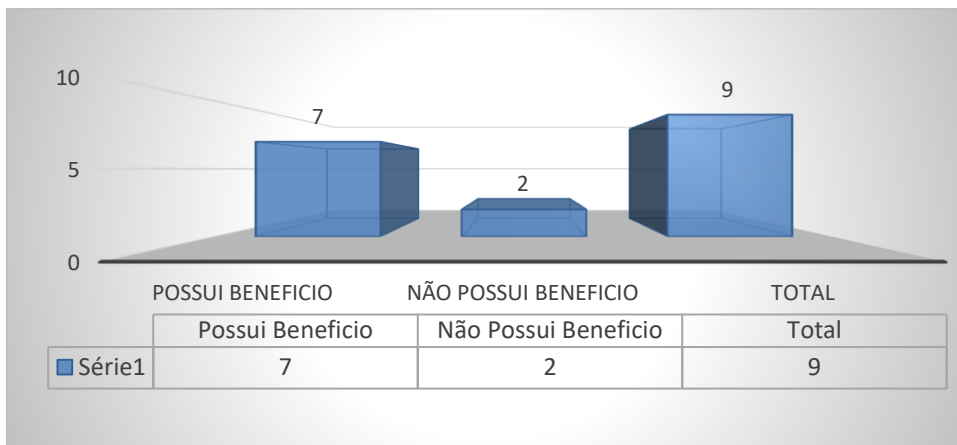
Diante desse levantamento das questões trabalhistas, também se verificou a relação do transtorno com o trabalho, ou seja, se o fato de ter um transtorno mental fez com que a pessoa deixasse de trabalhar ou se não conseguiu exercer atividade laborativa. Conforme demonstra o Gráfico 7, foram obtidas as seguintes respostas dos familiares: quatro pessoas (44,4%) deixaram de trabalhar por apresentar um transtorno mental; quatro pessoas (44,4%) nunca trabalharam; e somente uma pessoa (11,1%) conseguiu ter e manter o vínculo trabalhista, e, como visto no o Gráfico 5 anteriormente, um trabalho formal.

Gráfico 7: Relação entre trabalho e Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Essas informações vão ao encontro do que relatam Assunção, Lima e Guimarães (2017), de que evidências em escala mundial indicam uma relação direta entre adoecimento mental e desemprego, subemprego ou aposentadoria precoce. Tanto a chance de estar empregado, quanto o número de horas trabalhadas e de oportunidades de treinamento são significativamente menores no grupo de indivíduos com transtornos mentais.

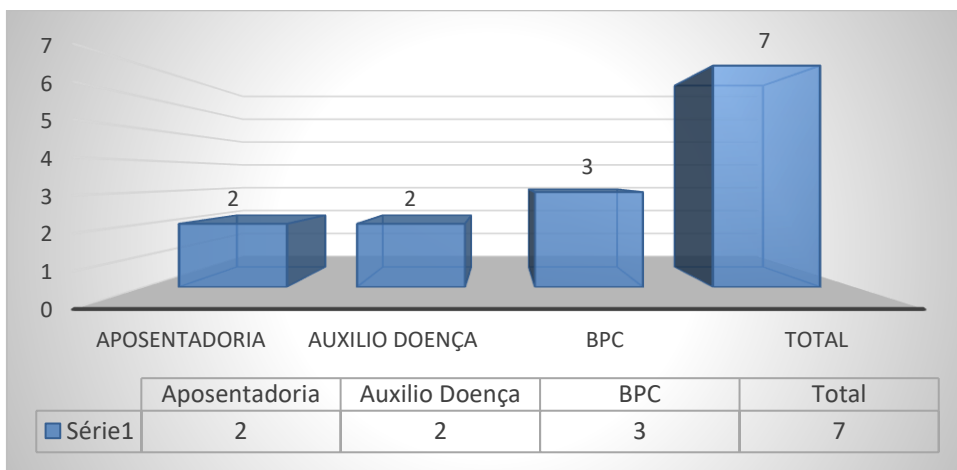
Como verificado anteriormente, a maioria das pessoas com transtorno mental (oito pessoas) não tem vínculo trabalhista. Em vista disso, buscou-se saber se as pessoas com transtorno mental têm algum tipo de renda, por meio de um Benefício Previdenciário ou de Assistência Social. De acordo com o Gráfico 8, das nove das pessoas com transtorno mental, verificou-se que sete pessoas (77,7%) recebem algum tipo de Benefício e duas pessoas (22,2%) não têm, sendo que, dessas duas, uma exerce atividade laborativa remunerada. Portanto, do total amostral, tem-se apenas uma pessoa (11,1%) sem qualquer renda.

Gráfico 8: Benefício das Pessoas com Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Com esse levantamento, identificou-se que a maioria das pessoas com transtorno mental tem algum tipo de Benefício, isso se justifica pela maioria não estar inserida no mercado de trabalho (Gráfico 5); assim sendo, isso se torna uma alternativa de renda, o que não foge da realidade brasileira. Conforme Assunção, Lima e Guimarães (2018), no Brasil, entre 2007 e 2009, 465.932 empregados estavam afastados, recebendo benefício da Previdência Social devido ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais.

Tendo em vista que sete pessoas com transtorno mental (77,7%) recebem algum Benefício, inquiriu-se quais os tipos de Benefícios elas recebem. Desse modo, conforme Gráfico 9, verificou-se que três pessoas (33,3%) recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC); duas pessoas (22,2%) recebem Auxílio Doença e duas (22,2%) recebem aposentadoria.

Gráfico 9: Tipos de Benefício das Pessoas com Transtorno Mental

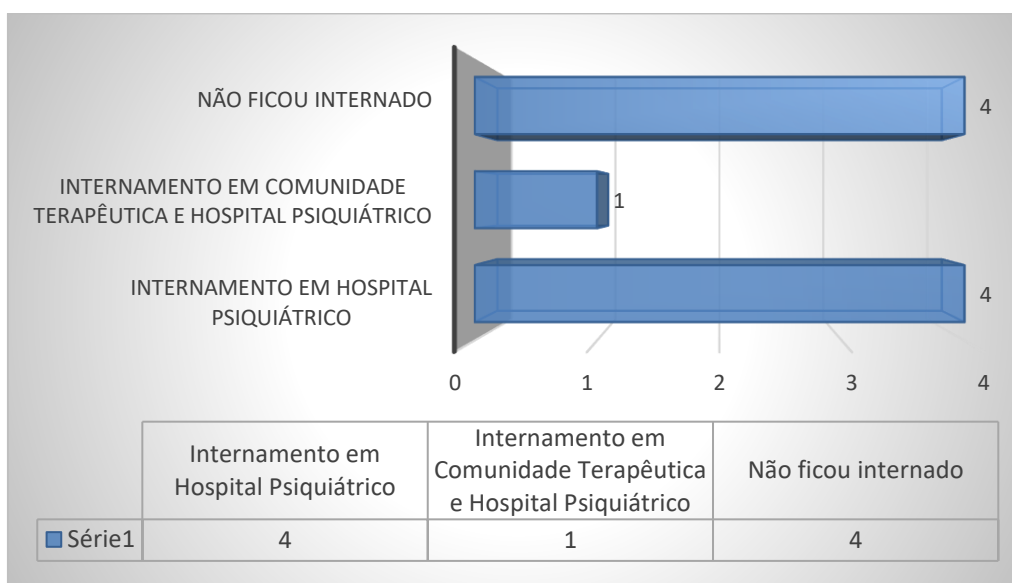
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Dentre os três benefícios, o de maior incidência é o BPC, que sinaliza que a maioria das famílias é de baixa renda, haja vista que esse benefício assistencial tem corte de renda significativo³³.

Essa alta incidência de Benefícios Previdenciários e/ou Assistenciais nas pessoas com transtorno mental está condizente com a realidade brasileira. No país, segundo estatísticas do INSS referentes apenas aos (as) trabalhadores (as) com registro formal, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição dentre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2001). Percebe-se que as pessoas com transtorno mental, sujeitos indiretos da pesquisa, também em sua maioria, contam com Benefício Previdenciários e/ou Assistenciais, devido a serem considerados “inaptos” para o trabalho.

Tendo em vista o objetivo de verificar os impactos do transtorno mental nas famílias atendidas nos CAPS I, identificou-se como necessário levantar se as pessoas com transtorno mental já passaram por internamento Psiquiátrico e/ou em Comunidade Terapêutica, pois esse dado possibilita conhecer a realidade das famílias. Segundo o Gráfico 10, quatro pessoas com transtorno mental (44,4%) nunca passaram por internamento; quatro (44,4%) já passaram por internamento psiquiátrico e uma pessoa com transtorno mental (11,1%) ficou internado em Hospital Psiquiátrico e Comunidade Terapêutica.

Gráfico 10: Tipos de internamentos das Pessoas com Transtorno Mental



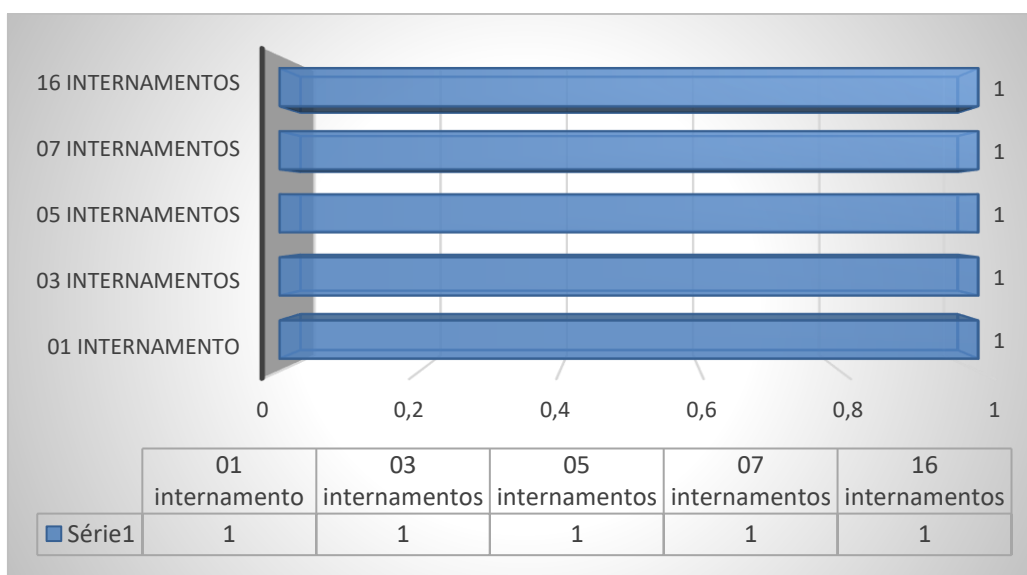
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

³³ De acordo com a **Lei nº 8.742 de 1993**, para se ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo vigente.

A partir desses dados, compreende-se que, apesar do CAPS e outros serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tenham por escopo substituir os Internamentos Psiquiátricos, o índice desse procedimento ainda é significativo. Esse dado encontra-se na contramão da Reforma Psiquiátrica e da Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais – Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, pois, segundo o Art. 2º, a pessoa com transtorno mental tem direito a ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental. Além disso, o CAPS tem como objetivo ofertar atendimento multiprofissional a fim de evitar as internações. Para deter o fluxo de internações, é necessário que o CAPS e todos os pontos da RAPS sejam eficientes, tenham alta resolutividade nos casos graves e persistentes, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo. Portanto, o elevado número de internação, demonstra que a Rede de Atenção Psicossocial está com dificuldades/lacunas na efetivação e na garantia legal do tratamento aberto e comunitário.

Considerando que cinco pessoas com transtorno mental (55,5%) passaram por internamento Psiquiátrico e/ou Comunidade Terapêutica, identificou-se a quantidade de internamentos que elas tiveram. Conforme o Gráfico 11, esse número de internamentos é bem variado, sendo de 1 a 16 internamentos.

Gráfico 11: Quantidade de Internamentos por Pessoa com Transtorno Mental



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Cada pessoa com transtorno mental teve uma quantidade diferente de internamentos, sendo as seguintes quantidades: 1, 3, 5, 7 e 16. Percebe-se um índice maior de pessoa com

transtorno mental com a experiência do internamento, e com repetidas reinternações devido ao fato de ainda permanecer resquícios culturais da lógica manicomial na sociedade. A reinternação também está associada às reabilitações inadequadas, bem como à falta de seguimento e de acompanhamento eficiente dos tratamentos no meio aberto.

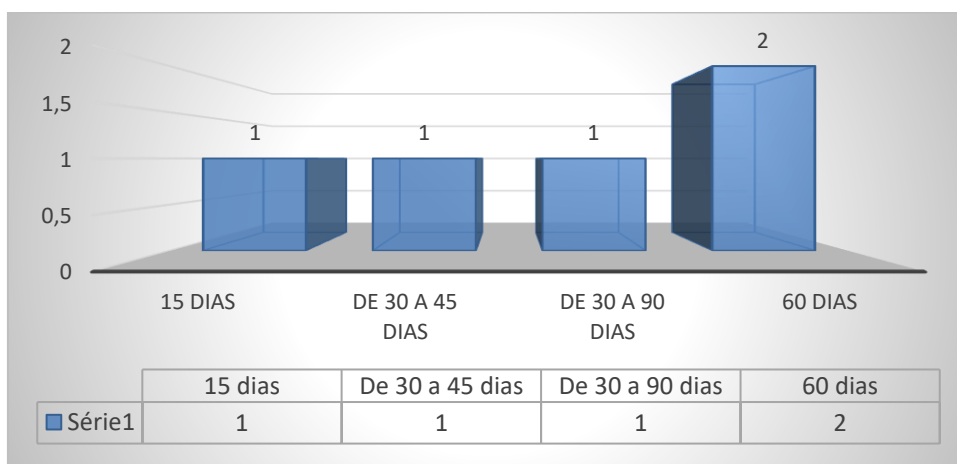
Nesse sentido, Bezerra e Dimenstein (2018), relatam que o fenômeno da reinternação em hospitais psiquiátricos evidencia um grande desafio da Reforma Psiquiátrica, pois a ausência de uma rede extra-hospitalar que acolha a demanda e garanta uma atenção de qualidade e eficaz resulta na reincidência de internações, o que dificulta a garantia do tratamento do sujeito inserido no meio social e familiar, havendo a necessidade da internação. Para os autores,

A reinternação de usuários em instituições hospitalares psiquiátricas vem sendo denominado na literatura em língua inglesa pela expressão "*revolving door*", a qual se refere a portas giratórias, como as que comumente se encontram em bancos, indicando o movimento de contínuas entradas e saídas, fazendo-se analogia às repetidas reincidências dos usuários. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2018, p. 431).

Dessa forma, percebe-se a presença arraigada da lógica dominante que considera que a pessoa com transtorno mental deve ser isolada para “tratamento”, por isso, o número elevado de internações e reinternações. Isso sinaliza a necessidade de uma mudança de lógica na sociedade, que possa ter e compreender novas ferramentas e possibilidades de assistência em Saúde Mental, o que não deixa de ser um grande desafio.

Com relação ao tempo de internamento, foi constatado que esse variou de 15 a 90 dias. Como se visualiza no Gráfico 12, os familiares citaram os seguintes prazos de internação: uma pessoa (11,1%) 15 dias; uma pessoa (11,1%) de 30 a 45 dias; uma pessoa (11,1%) de 30 a 90 dias e duas pessoas (22,2%) 60 dias.

Gráfico 12: Quantidade de tempo dos internamentos das Pessoas com Transtorno Mental

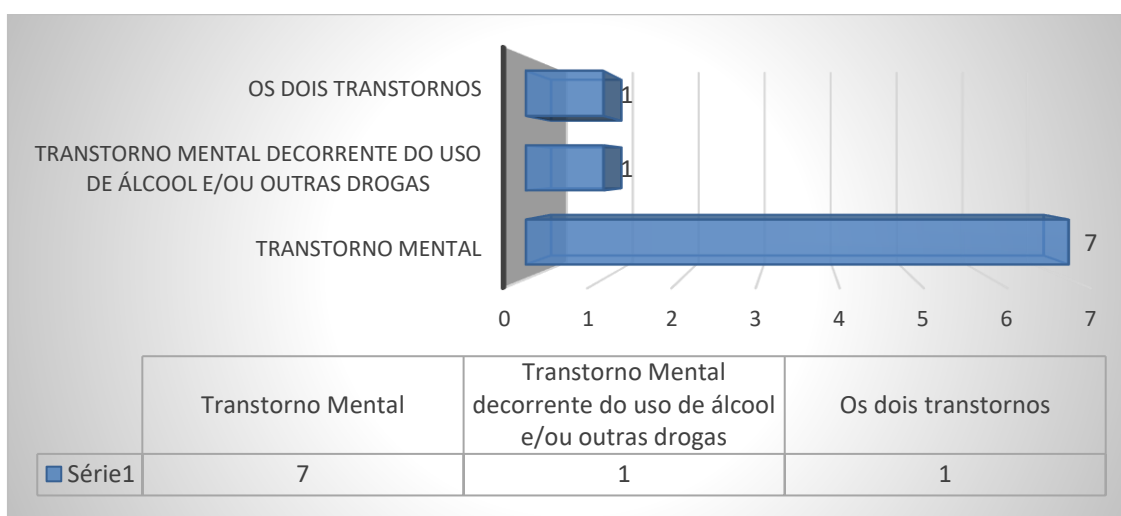


Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Apesar da Política de Saúde Mental prever que a internação deve ser utilizada quando esgotadas todas as outras possibilidades de tratamento aberto e comunitário, tem-se um número considerável de internamento. Por outro lado, não se pode negar o avanço na luta pela Reforma Psiquiátrica, pois os períodos de internação diminuíram consideravelmente, se considerarmos que, antes desse processo, muitas pessoas com transtorno mental, ao irem para um Hospital Psiquiátrico, não mais retornavam para o seio da família e da comunidade e acabavam residindo lá por longo tempo. Frazatto e Boarini (2013), apontam que as estimativas do Ministério da Saúde revelam que existem aproximadamente 10.722 usuários vivendo como "moradores" de hospitais psiquiátricos em nosso país. O "morador" de Hospital Psiquiátrico é entendido pelas autoras como aquele usuário que ficou ininterruptamente por mais de um ano recolhido em uma instituição psiquiátrica e, mesmo tendo saído do período de crise e recebendo alta hospitalar, continua internado.

Tendo em vista que a pesquisa foi realizada com familiares de CAPS I, e que essa modalidade de CAPS, segundo a Portaria nº 3.088 de 2011, atende a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, mapeou-se nas pessoas com transtorno mental da pesquisa quais tipos de transtorno apresentam. De acordo com o Gráfico 13, percebe-se que a grande maioria apresenta transtorno mental, ou seja, sete pessoas (77,7%), e apenas uma pessoa (11,1%) com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas e uma pessoa (11,1%) que apresenta os dois transtornos associados, mental e o decorrente do uso de substâncias psicoativas.

Gráfico 13: Tipos de Transtornos Mentais

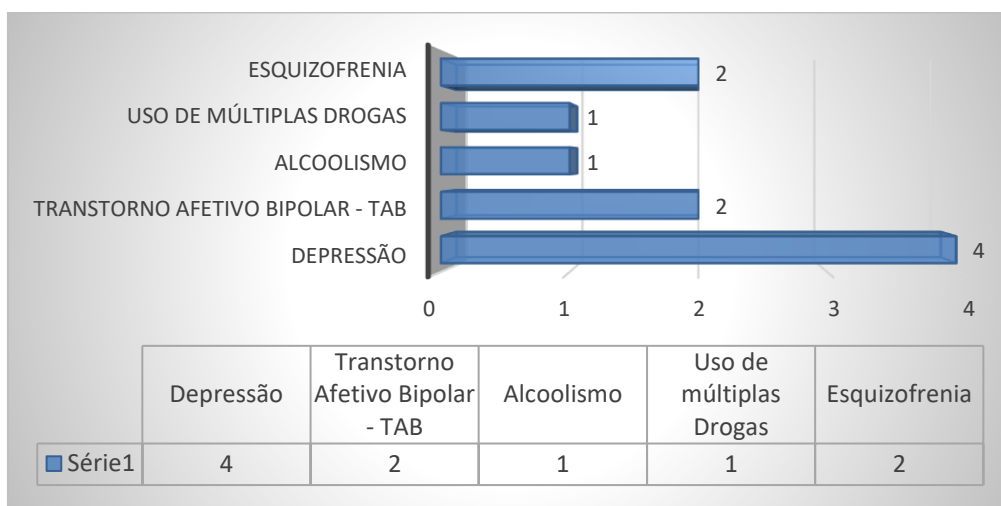


Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Possivelmente, pode haver mais usuários com transtorno mental do que com transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas, pois, nesse último caso, o processo de adesão ao tratamento costuma ser menor. Nesse sentido, Ferreira (2014), discorre que, apesar da relevância da adesão ao tratamento no processo de reabilitação, é consenso na literatura o baixo índice de adesão pelos dependentes químicos, sendo que muitos iniciam o tratamento, mas poucos o mantêm. Além disso, após o início do tratamento, sua continuidade caracteriza-se como um percurso difícil de atingir, pois, à medida que os usuários de drogas enfrentam obstáculos como o lapso e a recaída, poucos conseguem aderir ao tratamento. Contudo, a falta de adesão ao tratamento sinaliza necessidade de intervenções terapêuticas mais apropriadas a essa população.

Diante dos tipos de transtorno mental, também se investigou quais são os diagnósticos das pessoas com transtorno mental informados pelos familiares. Como se visualiza no Gráfico 14, a maior incidência foi a Depressão, com quatro pessoas (44,4%), seguidas pela Esquizofrenia, com duas pessoas (22,2%), e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), também com duas pessoas (22,2%); posteriormente tem-se uma pessoa (11,1%) com Alcoolismo e uma pessoa (11,1) com uso de múltiplas drogas.

Gráfico 14: Diagnóstico das Pessoas com Transtorno Mental



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Considerando que o diagnóstico foi informado pelo familiar entrevistado, pode ser que esse não saiba, de fato, qual o verdadeiro diagnóstico, por isso, a alta prevalência da Depressão, que é uma das principais doenças que constituem o imaginário popular no tocante às “doenças mentais”, sendo a mais comentada e divulgada nas redes sociais e meios de comunicação.

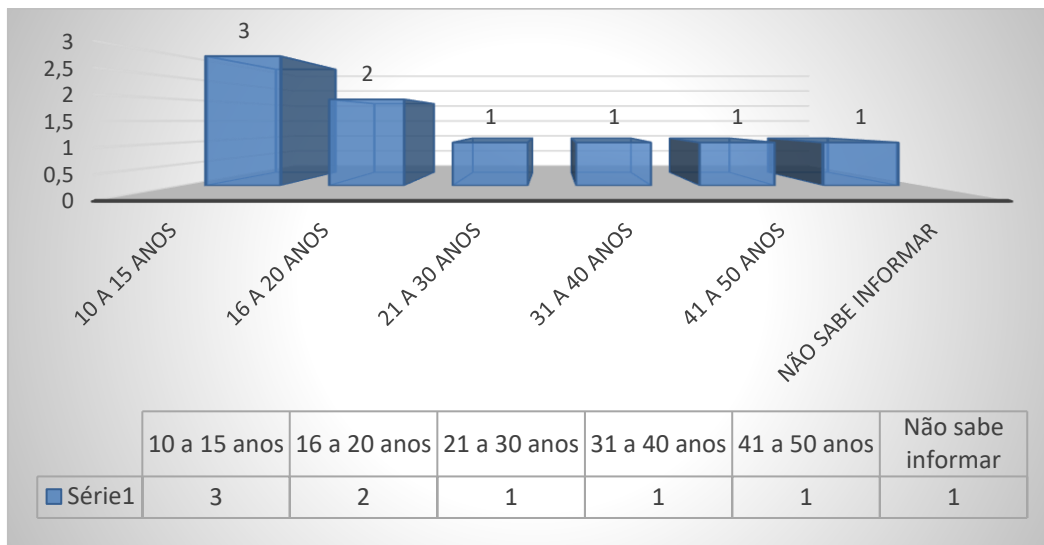
Esse dado referente ao alto índice de Depressão pode sinalizar que, embora atualmente

tenha-se ressaltado a importância da família no tratamento em saúde mental, os profissionais muitas vezes não fazem as orientações necessárias sobre o diagnóstico e o cuidado com a pessoa com transtorno mental para os familiares, e esses ficam sem informações importantes sobre o transtorno mental. Segundo Rosa (2009), com a Portaria nº 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002), fica previsto que, nos projetos terapêuticos, é necessário “o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família com o propósito de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento” (ROSA, 2009, p. 161). Como assinala a autora, seria atribuição dos profissionais realizarem orientações sobre o diagnóstico para a família, para facilitar o processo de cuidado. E esse possível índice maior de Depressão pode ser decorrente da falta de informação por parte dos familiares, por não saberem o verdadeiro diagnóstico do seu familiar com transtorno mental.

Com relação aos outros diagnósticos, visualiza-se que Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar seguem como os segundos mais citados no diagnóstico. Esses transtornos exigem considerável cuidados devidos os prejuízos que podem gerar, e o CAPS, como referência para os transtornos mentais graves e persistentes, geralmente tem entre seu público alvo pessoas com esses diagnósticos.

Com o intuito de traçar o perfil das pessoas com transtorno mental, também se levantou a idade de início do transtorno mental nessas pessoas.

Conforme o Gráfico 15, a maior incidência do início da doença é na fase da adolescência e da juventude, dos 10 a 20 anos. Foram distribuídas as seguintes quantidades conforme faixa etária: dos 10 a 15 anos, tem-se três pessoas (33,3%); do 16 a 20 anos, duas pessoas (22,2%); dos 21 a 30 anos, uma pessoa (11,1); dos 41 a 50 anos, também uma pessoa (11,1%). Um familiar não soube informar com que idade começou o transtorno mental da sua esposa, pois, quando a conheceu, ela já tinha o transtorno.

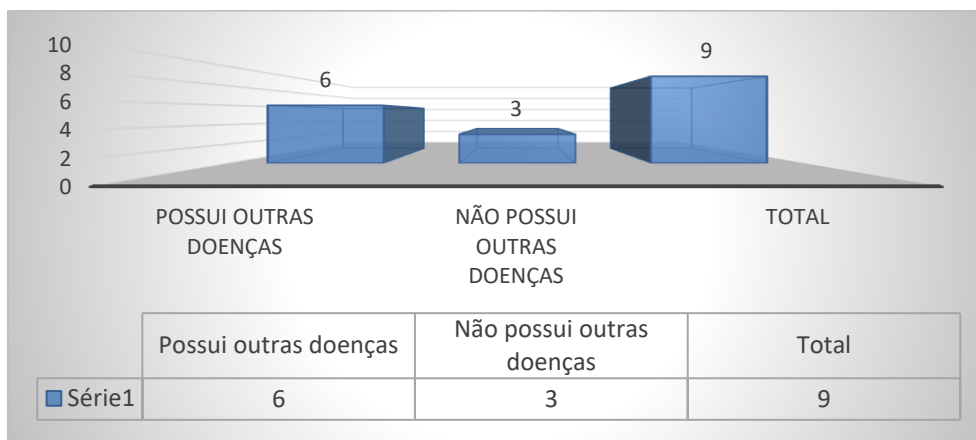
Gráfico 15: Idade que iniciou o Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A prevalência maior na fase da adolescência e da juventude é justificada pelas pesquisas que apontam que é nessa faixa etária que os transtornos mentais se iniciam. Conforme assevera Machado (2014), existem dados indicando que de 50% a 75% dos transtornos mentais começam na infância e na adolescência (KESSLER et al., 2007); estima-se que nesses países, inclusive no Brasil, a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência varie entre 7% e 20%, dependendo da região investigada, da exposição a fatores de risco e da metodologia empregada nos estudos.

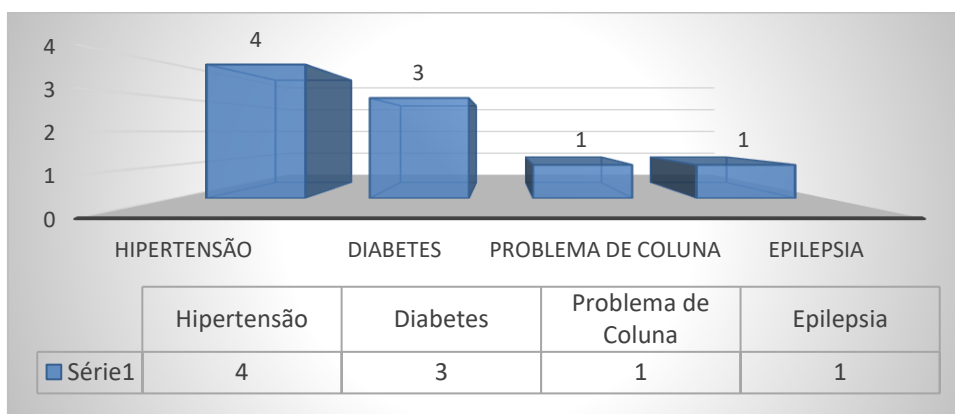
Para se entender o complexo processo de cuidado, também se verificou, além do transtorno mental, as pessoas com transtorno mental que também têm outro tipo de doença, haja vista que isso pode acarretar mais empenho no ato de cuidar para a família. De acordo com o Gráfico 16, a maioria tem doenças clínicas, ou seja, sei pessoas (66,6%) e somente três (33,3%) não apresentam outras doenças.

Devido às dificuldades no manejo do Transtorno Mental, ter outra condição crônica, como na maioria das pessoas com transtorno mental da pesquisa, acarreta mais cuidados por parte da família. De acordo com Gomes (2014), o acompanhamento de pacientes psiquiátricos com comorbidade(s) é uma situação árdua, pois não é simples manter apenas uma dessas doenças em condição estável.

Gráfico 16: Doenças clínicas

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Além de se identificar se as pessoas com transtorno mental têm doenças clínicas, faz-se necessário também saber quais são essas doenças. Como visto anteriormente, seis pessoas têm doenças físicas, e dessas seis, as doenças citadas e quantidades de pessoas foram as seguintes: quatro pessoas (44,4) com Hipertensão Arterial; três pessoas (33,3%) com Diabetes; uma pessoa (11,1%) com Problema de Coluna e uma pessoa (11,1%) com Epilepsia.

Gráfico 17: Diagnóstico de outras doenças das Pessoas com Transtorno Mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O fato da doença clínica com maior incidência ser a Hipertensão e a Diabetes tem explicação científica, segundo Gonçalves (2010), pois a literatura aponta para uma clara correlação entre transtornos mentais e doenças cardiovasculares. Além disso, estudos também demonstram haver associação positiva entre doenças mentais e diabetes *mellitus*.

Corroborando com Gonçalves (2010), Gomes (2014), relata que a pessoa com transtorno mental grave, em geral, apresenta dificuldades no autocuidado. Isso pode contribuir para o aparecimento ou o agravamento de outras morbidades, como é o caso da hipertensão arterial e

do diabetes. E, nesses casos, o cuidado e a sobrecarga familiar acabam sendo redobrados.

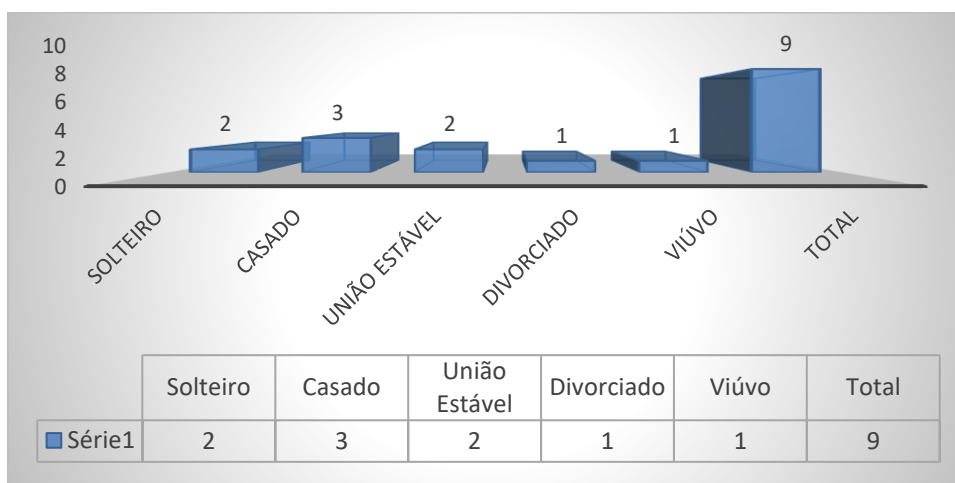
Realizado o perfil das pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, na subseção seguinte, elaborou-se o perfil dos familiares/cuidadores dessas pessoas com transtorno mental.

3.2.1.2 O perfil dos familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, integrantes diretos da pesquisa

O perfil dos familiares/cuidadores de pessoas com transtorno mental dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná, sujeitos diretos da pesquisa, foi traçado também conforme Formulário de entrevista (Apêndice1).

Com relação ao estado civil dos usuários, percebe-se, conforme o Gráfico 18, maior prevalência de familiares casados. O levantamento do estado civil ficou assim distribuído: três familiares casados (33,3%); dois familiares (22,2%) solteiros; dois familiares (22,2%) em união estável, um familiar (11,1%) divorciado e um familiar (11,1%) viúvo.

Gráfico 18: Estado civil do familiar/cuidador



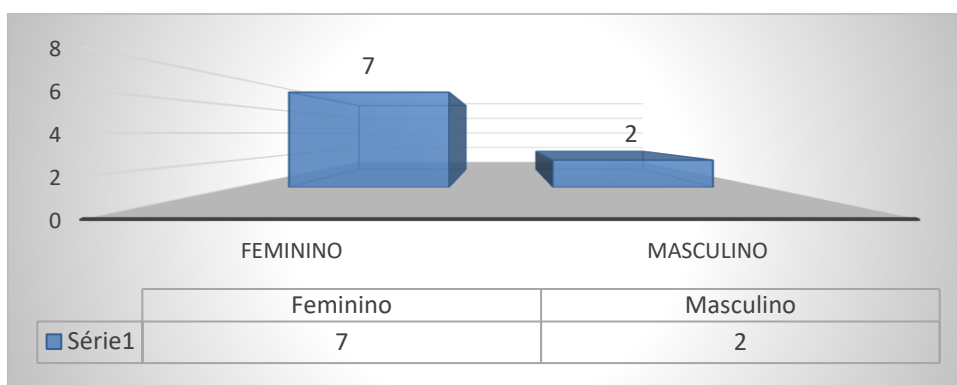
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O fato de a maior incidência entre os familiares/cuidadores ser a união conjugal (três casados e dois em união estável, totalizando 55,5%) está relacionado com as estatísticas brasileiras. Em vista disso, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2011), apresentou informações sobre o estado conjugal da população do Brasil e revelou que, à época da pesquisa, havia cerca de 85,5 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade que viviam em união conjugal, representando 57,1% da população desta faixa etária, enquanto as pessoas

que não viviam em união representavam 42,9% (64,3 milhões). Esses dados sobre a realidade brasileira podem justificar porque, entre os sujeitos da pesquisa, prevalece aqueles que estão em uma relação conjugal, seja casado ou união estável.

No quesito sexo do familiar/cuidador, identificou-se maior prevalência do sexo feminino. Conforme Gráfico 19, tem-se sete familiares (77,7%) mulheres e dois familiares (22,2%) homens.

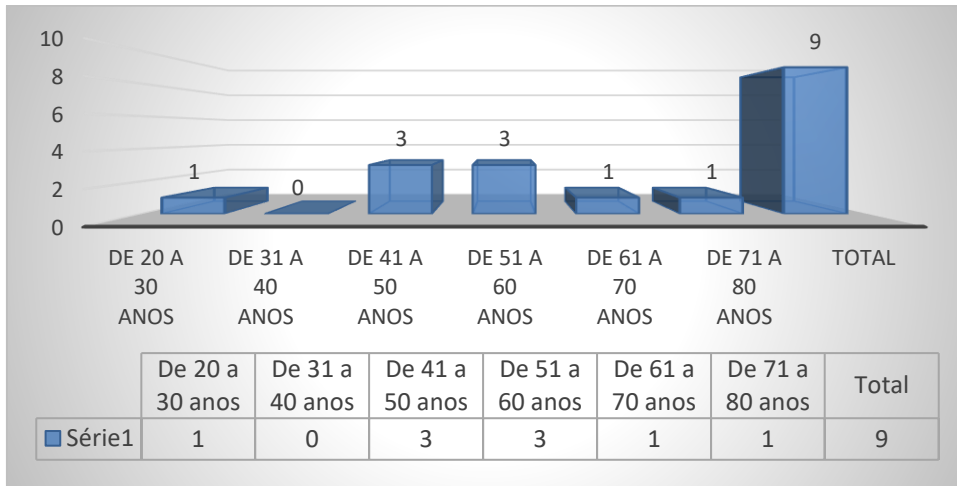
Gráfico 19: Sexo do familiar/cuidador



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

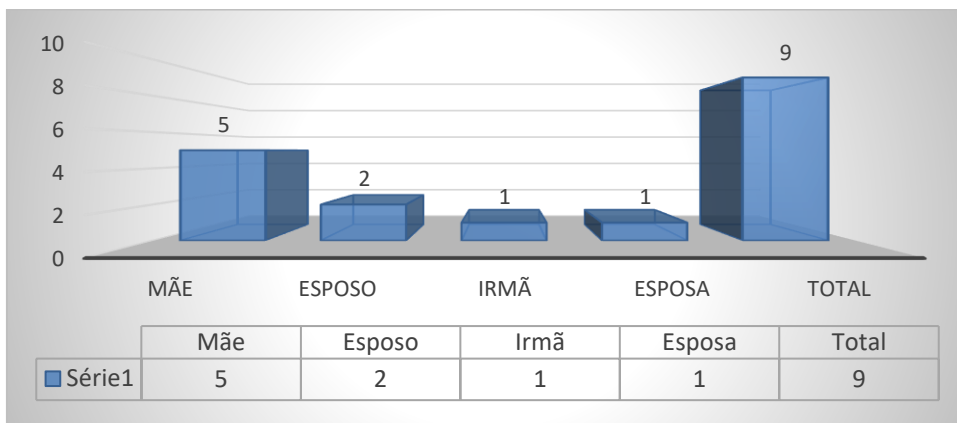
Quanto ao fato de a predominância dos cuidadores serem mulheres, Rosa (2002), explica que há uma feminização do encargo de assistir a pessoa com transtorno mental, evidenciando que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê a mulher como uma cuidadora por excelência tanto para as famílias adoecidas ou não. Ou seja, apesar das lutas feministas e das mudanças societárias, a mulher continua sendo a principal cuidadora.

Com relação à faixa etária dos familiares/cuidadores, a maior parte tem idade de 41 a 60 anos, sendo identificado o seguinte percentual, conforme Gráfico 20: um familiar (11,1%) com idade entre 20 e 20 anos; três familiares (33,3%) entre 41 e 50 anos; três familiares (33,3%) entre 51 e 60 anos e uma familiar (11,1%) com idade entre 61 e 70 anos.

Gráfico 20: Faixa etária do familiar/cuidador

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Esses dados corroboram com o que Rosa (2002), discute, no sentido de que os responsáveis pela pessoa com transtorno mental têm em média 20 anos a mais que elas, fato que, em parte, se explica pela maioria dos responsáveis exercerem ascendência sobre a pessoa com transtorno mental, ou por serem a mãe da pessoa com transtorno mental, conforme Gráfico 21.

Gráfico 21: Parentesco do familiar/cuidador com a pessoa com transtorno mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

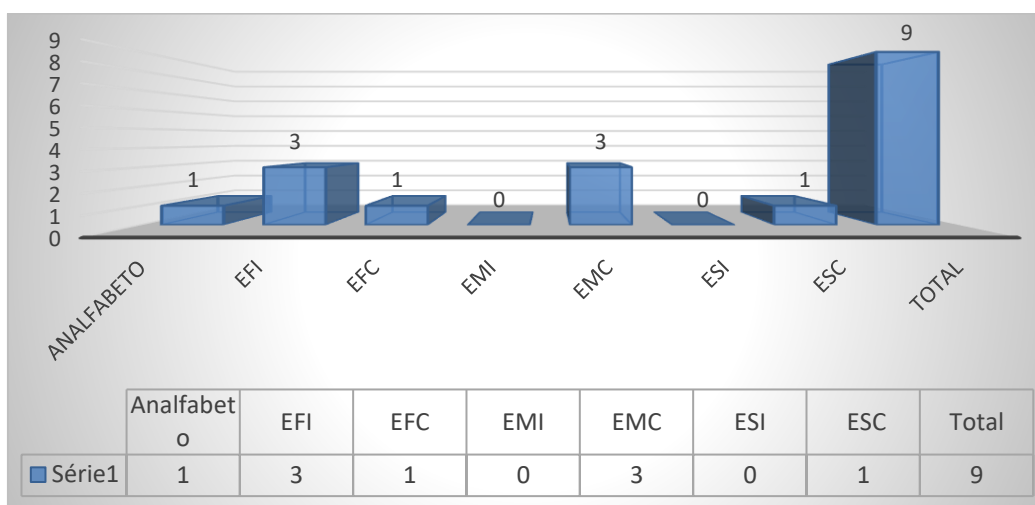
Esse gráfico elucidava a relação de parentesco do cuidador com a pessoa que ele cuida, ressaltando que todos os cuidadores e suas respectivas pessoas com transtorno mental têm laços familiares. De acordo com o Gráfico 21, percebe-se que cinco familiares (55,5%) dos cuidadores da nossa pesquisa são mães, totalizando a maioria. Em seguida, dois familiares (22,2%) são esposos; um familiar (11,1%) que é irmã e um familiar (11,1%) que é esposa.

Conforme se discutiu antes, a predominância da mãe como familiar cuidadora, bem como das mulheres, está estritamente relacionado à questão de gênero, já que na cultura brasileira predomina a feminilização do encargo de cuidar. Quanto a esse dado, Rosa (2008) discute que, devido à condição biológica da mulher engravidar, é imbricada a ela a tarefa de maternar, como se fossem atividades correlatas e extensivas. Constrói-se, assim, o “mito do amor materno”. Embora a maternagem seja determinada cultural e ideologicamente às mulheres, ela é internalizada por elas no seu processo de socialização.

Para Chodorow (1990), a mulher é pressionada socialmente a tomar para si o encargo de provedora de cuidados, embora tenha relativa autonomia para renunciar a ele, o que raramente faz, pois a maternidade é traduzida como o cerne da identidade feminina.

Referente à escolarização, de acordo com o Gráfico 22, identifica-se a seguinte distribuição quanto ao grau de instrução: um familiar (11,1%) é analfabeto; três familiares (33,3%) têm EFI; um familiar (11,1%) tem EFC; três (33,3%) familiares têm EMC e um familiar tem ESC.

Gráfico 22: Grau de Escolaridade do familiar/cuidador



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

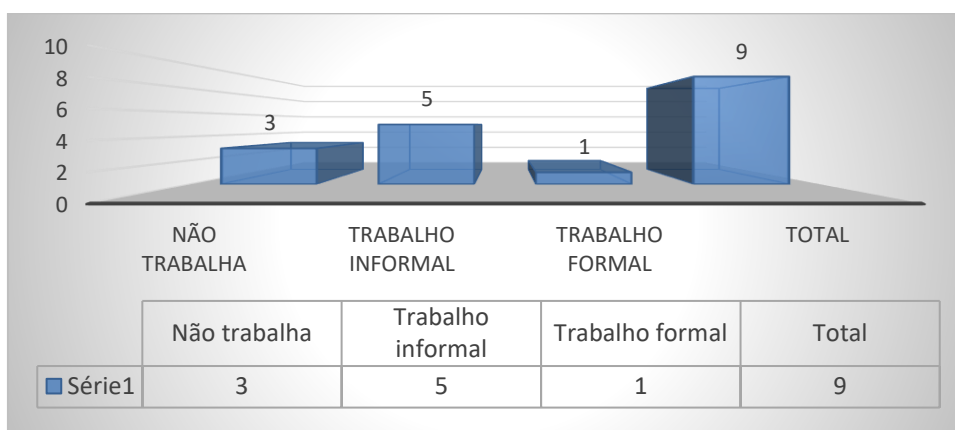
Percebe-se que a maioria dos familiares/cuidadores apresenta uma escolaridade relativamente baixa, o que não difere muito da realidade brasileira, pois, segundo o IBGE (2017), em 2016, cerca de 66,3 milhões de pessoas de 25 anos ou mais de idade (ou 51% da população adulta) tinham concluído apenas o ensino fundamental.

O que também pode justificar esse dado é a alta prevalência de idade mais avançada e do sexo feminino, pois, devido às condições sociais e culturais da constituição familiar brasileira, a escolaridade não era muito priorizada, principalmente para as mulheres, que deviam saber cuidar dos afazeres domésticos ao invés de ler e escrever. Como argumenta Bock

(2001), na família burguesa, a divisão de papéis entre homens e mulheres se aprofundou e o lar passou a ser o lugar da mulher frágil, afetiva, cuidadosa e amorosa. Além disso, o ato de cuidar o tempo integral de uma pessoa exige que o familiar/cuidador abra a mão de muitas atividades no âmbito público.

Ainda no intuito de levantar o perfil dos familiares/cuidadores, verificou-se a empregabilidade deles. De acordo com o Gráfico 23, três familiares (33,3%) não estão inseridos no mercado de trabalho; cinco familiares (55,5%) têm trabalho informal e somente um familiar tem vínculo empregatício formal.

Gráfico 23: Vínculo trabalhista do familiar/cuidador



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

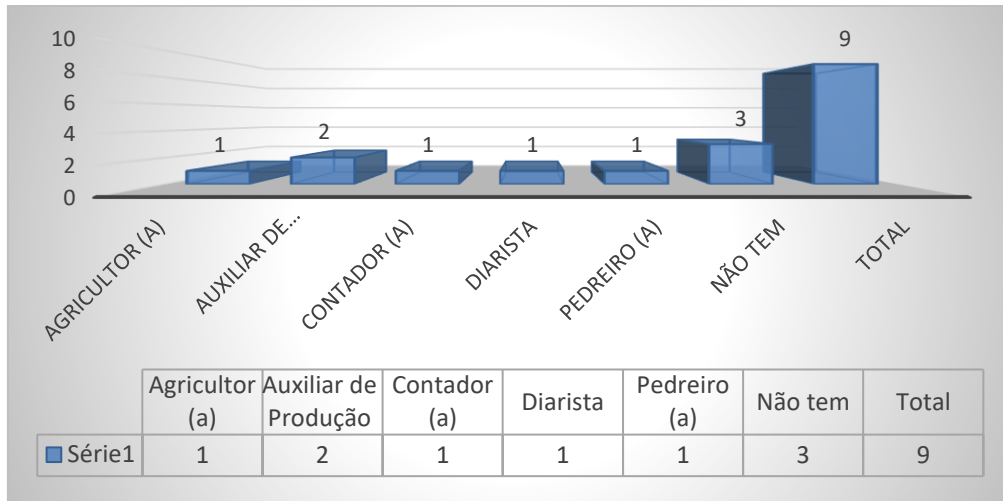
Com relação ao número considerável de familiares que estão fora do mercado de trabalho, isso pode ser justificado, em parte, porque o cuidador precisa dispor de tempo para cuidar da pessoa com transtorno mental e acaba comprometendo as demais atividades do seu cotidiano. Além disso, a maioria dos familiares/cuidadores são mulheres, e, segundo Araújo, Pinho e Almeida (2005), a inserção feminina no mercado produtivo é limitada por suas responsabilidades domésticas e familiares. Esse dado se relaciona à questão de gênero embutida em nossa cultura e que se incorpora na organização familiar, conforme já discutido anteriormente.

O que fica evidente é o grande número de familiares/cuidadores que estão inseridos em um trabalho informal, fator relacionado à própria realidade brasileira, pois, segundo o IBGE, no ano de 2017, o número de pessoas que trabalhavam por conta própria ou sem carteira assinada foi maior em comparação aos empregados formalmente contratados sob regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Para complementar o entendimento sobre a empregabilidade do cuidador, investigou-se a sua profissão. Nesse aspecto, houve muitas variações. Como se visualiza no Gráfico 24, há

dois familiares (22,2%) que trabalham de auxiliar de produção e um familiar (11,1%) em cada uma das profissões seguintes: agricultor(a), contador(a), diarista, pedreiro(a). Destaca-se que três familiares (33,3%) citaram não ter profissão, e, conforme Gráfico 23, são os 3 familiares que não têm trabalho.

Gráfico 24: Profissão do familiar/cuidador

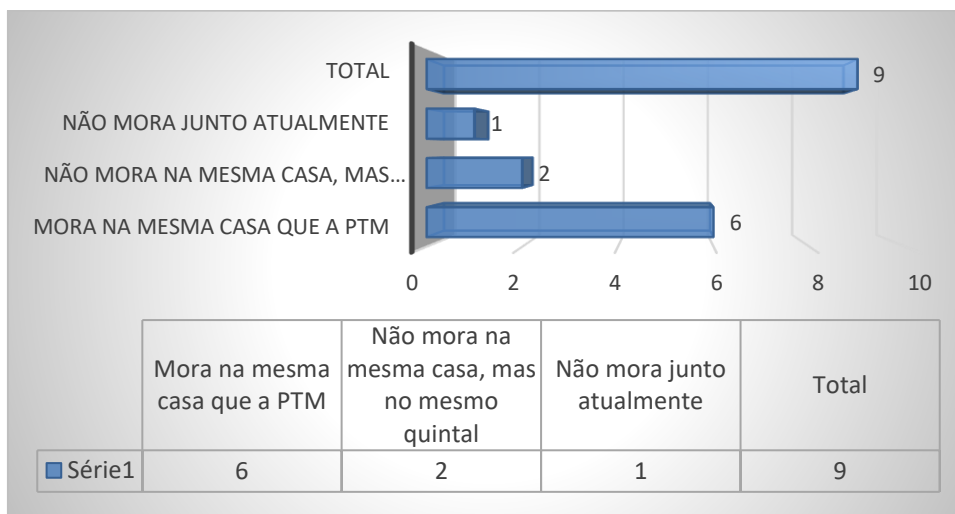


Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A variedade de profissões está condizente com a nossa realidade, na qual persiste um campo amplo de atividades e ocupações. Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o Brasil conta com 2.638 profissões reconhecidas (MEDEIROS, 2018). Assim, como demonstra as estatísticas do Brasil, os sujeitos da pesquisa, por serem um público variado, apresentam diversas ocupações/profissões.

No intuito de compreender o cuidado na família, viu-se como necessário verificar se o familiar/cuidador que participou da pesquisa reside com a pessoa com transtorno mental.

Consoante com o Gráfico 25, identificou-se que seis familiares/cuidadores (66,6%) moram na mesma casa que a pessoa com transtorno mental; duas (22,2%) não moram na mesma residência, mas sim no mesmo quintal e uma (11,1%) atualmente não divide moradia com a pessoa com transtorno mental, mas na entrevista relata que já residiu junto a ela.

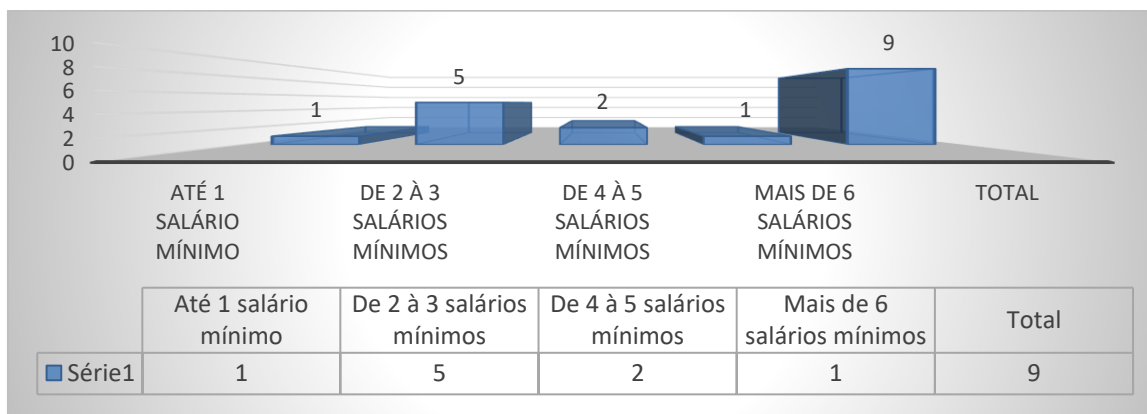
Gráfico 25: Divisão de moradia do familiar/cuidador com a pessoa com transtorno mental

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Percebe-se uma maior prevalência de cuidadores/familiares residindo com a pessoa com transtorno mental, possivelmente devido ao fato de ser esse o familiar de referência para os cuidados e também porque a pessoa com transtorno mental necessita de suporte, acompanhamento e cuidados integrais. Os cuidadores que residem no mesmo quintal relataram na entrevista que, mesmo em casas diferentes, é necessário realizar o monitoramento do cuidado. Com relação à cuidadora que relatou não residir em moradia conjunta, essa informou durante a pesquisa que a pessoa com transtorno mental mora com outro familiar no momento, mas que ela reside perto e sempre acompanha nas atividades externas ao domicílio.

Como discutido na segunda seção desta pesquisa, o cuidado familiar como forma de proteção inclui várias atividades do cotidiano, estando presente em atos, palavras e gestos, permeando o fazer e o sentir. Muitas famílias nesse processo de cuidados domésticos e externos passam por situações de sobrecarga, comprometendo também suas relações sociais e sua saúde mental.

O cuidado familiar em Saúde Mental está relacionado às condições econômicas e sociais das famílias, por isso, levantou-se a renda familiar dos familiares sujeitos da pesquisa. Conforme Gráfico 26, uma família (11,1%) tem renda de até um salário mínimo; cinco famílias (55,5%) têm renda de 2 a 3 salários mínimos; duas famílias (22,2%) contam com renda de 4 a 5 salários mínimos e uma família (11,1%) com renda de mais de 6 salários mínimos.

Gráfico 26: Renda Familiar do familiar/cuidador

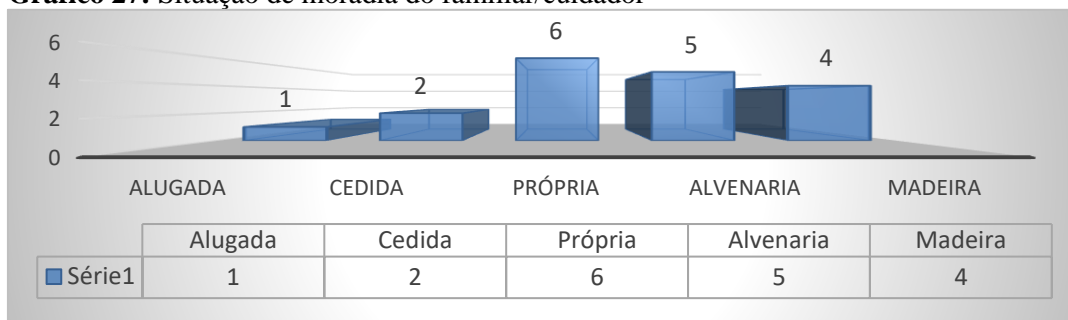
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nota-se que a maioria das famílias (55,5%) apresenta renda mensal de 2 a 3 salários mínimos, o que demonstra uma certa fragilização econômica. Segundo Vasconcelos e Rodrigues (2013), o perfil das associações de familiares e usuários de Saúde Mental no Brasil é constituído por famílias cuja maioria é “oriunda dos setores mais empobrecidos, com menor nível de escolaridade formal, com pouco acesso a bens e serviços culturais, e com poucos recursos para pagar até mesmo o transporte público para a presença regular nos serviços ou em atividades organizativas” (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2013, p. 108).

A renda familiar é relativamente baixa, tendo em vista a situação de empregabilidade e escolaridade dos cuidadores/familiares e das pessoas com transtorno mental. Tal situação é consequência da exclusão social da sociedade capitalista, que, para Martins (2002), é constituída por uma multiplicidade de dolorosas experiências cotidianas de privações, limitações e anulações.

Um outro ponto que dialoga com os dados relativos à renda familiar, à situação de trabalho e à escolaridade é a questão habitacional. Esse também é um dado socioeconômico significativo para identificar o perfil dos sujeitos alvo da pesquisa, por isso, realizou-se um levantamento sobre a moradia das famílias pesquisadas.

Conforme se visualiza no Gráfico 27, tem-se 1 família (11,1%) com residência alugada; duas famílias (22,2%) com casa cedida e seis famílias (66,6%) com habitação própria. Com relação ao tipo da construção, verifica-se que cinco famílias (55,5%) têm casa de alvenaria e quatro famílias (44,4%) de madeira.

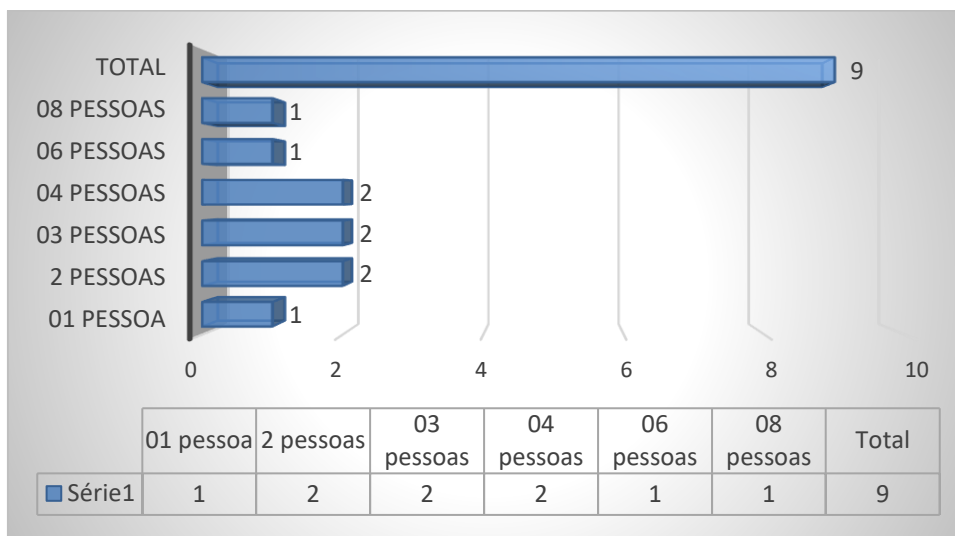
Gráfico 27: Situação de moradia do familiar/cuidador

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Verifica-se que a maioria tem residência própria e a casa é de alvenaria, o que sinaliza que os sujeitos da pesquisa apresentam dados que vão ao encontro da realidade brasileira, pois, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada pelo IBGE sobre as “Características gerais dos domicílios 2016”, mostrou que 74,1% do total de domicílios no país eram próprios. Já com relação ao tipo de construção, a PNAD Contínua estimou que 88,4% dos domicílios no país tinham as paredes externas de alvenaria ou taipa, com revestimento (61,2 milhões de residências).

Como parte do processo de investigativo, também se verificou nas famílias entrevistadas a quantidade de pessoas que residem no domicílio. Consoante com o Gráfico 28, a pesquisa demonstrou um perfil bem variado de quantitativo de indivíduos nas residências. Os dados coletados foram: um familiar (11,1%) reside sozinho; dois familiares (22,2%) têm duas pessoas na casa; dois familiares (22,2%) têm três pessoas na casa; dois familiares (22,2%) têm 4 pessoas na casa; um familiar (11,1%) tem seis pessoas na casa; e um familiar (11,1%) tem oito pessoas na casa.

Ressalta-se que das pessoas com transtorno mental que não moram com o cuidador/familiar, duas moram sozinhas (que são as que moram no mesmo quintal do familiar/cuidador) e uma mora com mais outra pessoa na casa.

Gráfico 28: Quantidade de pessoas na moradia do familiar/cuidador

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Percebe-se que a maioria das famílias é composta de duas a quatro pessoas, o que não foge da realidade atual das famílias brasileiras, as quais, atualmente, têm diminuído o número de filhos e, portanto, abrandado a quantidade de componentes em suas residências. Nesse sentido, segundo Goldani, “os dados demográficos atuais indicam a diminuição no tamanho médio das famílias de 4.8 para 3.9 pessoas” (GOLDANI apud ROSA 2008, p. 1187). Assim, analisando esse dado, constatou-se a predominância de famílias com número reduzido de membros, características das famílias brasileiras atuais e desta pesquisa.

A partir desses dados, levantou-se o perfil socioeconômicos das famílias, sujeitos da pesquisa, conforme um dos objetivos específicos traçados para a proposta investigativa. A fim de alcançar o objetivo principal, nos próximos itens, por meio da análise dos demais dados coletados neste estudo, identificou-se a concepção das famílias sobre os serviços de Saúde Mental, com foco prioritários no CAPS, bem como a concepção das famílias sobre os impactos na organização e na convivência familiar, gerados a partir da Reforma Psiquiátrica e da consequente necessidade de cuidados de um familiar com transtorno mental.

3.2 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E SEUS IMPACTOS NAS FAMÍLIAS DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ: ANÁLISE DOS DADOS

Com a mudança da Política de Saúde Mental ocorrida no Brasil no século XX, com ênfase em serviços abertos e comunitários, a família das pessoas com transtorno mental passou

a ganhar destaque no que tange às estratégias de tratamento e de cuidado, conforme se discutiu anteriormente. Todavia, as famílias foram inseridas no processo da Reforma Psiquiátrica sem a devida preparação e conhecimento para desempenhar seu papel de cuidadora.

Diante dessa realidade em que a família passa a ser viabilizada como parceira no tratamento em Saúde Mental, pretendeu-se, nesta subseção, refletir sobre a concepção que as famílias têm sobre os serviços de Saúde Mental, em especial o CAPS, bem como sobre suas percepções relativas às ações que esse equipamento realiza em prol das famílias (item 3.2. 1). A partir desses dados, procurou-se identificar os impactos sofridos pela família frente à necessidade do cuidado que deve dispensar à pessoa com transtorno mental, desencadeada com a Reforma Psiquiátrica (item 3.2.2).

O cuidado da pessoa com transtorno mental gera rebatimentos no contexto objetivo e subjetivo das famílias; além disso, a forma como a família exerce sua função protetiva é determinada pelas condições sociais e econômicas em que ela se insere. Assim, para se discutir os dados relativos à assistência em Saúde Mental e os impactos gerados pelas mudanças no cuidado trazidas pela Reforma Psiquiátrica, com base na análise de conteúdo, separou-se os núcleos de sentido, os fragmentos das entrevistas que refletem esses núcleos e os referidos familiares, e, a partir deles, levantou-se as categorias da pesquisa. Essas referem-se a cada questão do processo investigativo da entrevista. A partir desse levantamento, e por meio da utilização didática de um quadro expositivo, realizou-se a síntese interpretativa.

Todos esses dados e resultados, bem como suas análises, foram expostos a seguir.

3.2.1 A assistência em saúde mental segundo a concepção das famílias

A assistência em Saúde Mental, de acordo com o que já foi discutido anteriormente, altera-se radicalmente, passando de uma concepção hospitalocêntrica, na qual se priorizava o asilamento e o isolamento do “doente mental”, para uma lógica comunitária, a partir da qual são criados serviços comunitários de saúde substitutivos aos hospitais psiquiátricos, cuja integração em rede deve dar suporte e apoio à pessoa com transtorno mental e à sua família e, assim, possibilitar uma melhor qualidade de vida a ambos. Nessa rede de serviços, destacam-se os CAPS como equipamentos estratégicos que devem mediar o processo de cuidado em Saúde Mental.

Os CAPS são considerados dispositivos da atenção em Saúde Mental, de caráter extra-hospitalar, que visam à inserção social, a fim de se evitem as internações por longos períodos, e tendo como objetivo principal realizar a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho,

lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005). O público alvo do CAPS são pessoas que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, com seus laços sociais fragilizados e que necessitam de suporte e cuidado (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Ressalta-se que os CAPS fazem parte da rede que compõe o SUS, são compostos por uma equipe multiprofissional e constituem-se como ferramentas centrais no processo de implementação da Reforma Psiquiátrica. Tal Reforma tem avanços e limitações, enfrentando obstáculos diante da desconstrução do modelo manicomial. As principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas para atendimento humanizado dos usuários, a valorização da inserção dos familiares e o processo de desmistificação da loucura junto à sociedade. A partir desse contexto, que se pesquisa a percepção dos familiares dos CAPS I da 20^a Regional de Saúde do Paraná, sobre os atuais serviços de assistência em saúde mental.

Assim, com relação à concepção dos familiares sobre o suporte do CAPS e às atividades que ele realiza para família e se essa participa, elaborou-se o seguinte quadro analítico:

Quadro 1: Núcleos de sentido e categorias referente ao suporte que o CAPS realiza para as famílias

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
CAPS I não oferta atividades específicas para as famílias, pois elas não têm tempo e/ou interesse	F5: “Tanto que, eu acho que não fazem para família, porque muitas famílias acho assim né, que não tem tempo, trabalha sei lá, um horário.” F9: “Agora não tem. (...), porque o problema é as famílias ter interesse”.	F5 e F9.
Famílias nunca foram convidadas para participar do CAPS I	F4: “ Não, não fui chamada ainda não.” F8: “Acho que sim. Nunca participei, nunca fui convidado. Só trago ela”. F3: “ Mais no caso pra família, aqui não”	F1, F3, F4, F6 e F8.
CAPS I oferta apoio por meio de atividades para o familiar com transtorno mental	F4: “Ajuda, porque se não fosse o CAPS e o Posto de Saúde, UPA, eu tava perdido com essa menina” F7: “ Sim, pra nos eles ajudaram (...) Ele vem aqui e ganha apoio”. F8: “Ah, porque quando ela começou a participar aqui, ela melhorou bastante”	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9.

CAPS também promove atividades para as famílias	<p>F2: Sim ajuda. (...) tem as reuniões de família, lá no outro CAPS também tinha. (...) Só eu, porque é só nois dois.”</p> <p>F5: “ Ah, acho que sim. (...) Pra família... reunião né, tem aquelas atividades lá...esqueci o nome. (...) A mãe. Porque ele não pode, a menina dá aula a noite, os outros trabalham, aí sobra para mãe né. ”</p> <p>F7: “ Ah sim, o grupo que eles faz, as palestras...que cada um fala o que passou. (..) Eu, a filha gostava de ir, mas não pode por causa do serviço, porque é de dia”.</p>	F2, F5, F7.
Categorias		
CAPS como suporte, com atividades específicas para as famílias		
CAPS como suporte parcial, sem atividades específicas para as famílias		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O CAPS I tem sido sinalizado pelas famílias como um serviço que oferece suporte, no sentido de proporcionar melhora do quadro psicossocial da pessoa com transtorno mental. Esse suporte reconhecido pelas famílias está voltado para o processo de tratamento das pessoas com transtorno mental acompanhadas pelo serviço. Os familiares reconhecem a importância do CAPS I para o tratamento em Saúde Mental; entretanto, percebe-se uma lacuna nas atividades direcionadas para as famílias, pois elas não têm sido, em sua grande maioria, incluídas do processo de tratamento no serviço e, portanto, não estão recebendo orientações do processo de cuidado. As atividades direcionadas para as famílias citadas foram: reuniões e grupos. Percebe-se que, normalmente, apenas um familiar/cuidador costuma frequentar essas atividades específicas para a família. Verifica-se, a partir dos dados coletados, então, que o CAPS I não está conseguindo efetivar sua atribuição de inserir a família no processo de cuidado em Saúde Mental.

Segundo Lima, Aguiar e Sousa (2015), os profissionais dos serviços de Saúde Mental, têm o dever de realizar práticas de trabalho que favoreçam a inserção familiar nas estratégias de cuidado. É fundamental que os familiares se sintam pertencentes ao serviço, compreendam a amplitude do contexto psicossocial e considerem os profissionais como parceiros, a fim de que o cuidado em Saúde Mental seja efetivado. Assim, também para Covelo e Moreira (2015), conforme a perspectiva de atenção psicossocial, um dos objetivos do CAPS é incentivar a participação familiar no serviço por ser o vínculo mais forte do usuário com o mundo. Os familiares podem tanto estimular o usuário no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) como podem participar ativamente das atividades do CAPS e ajudar na integração social dele. Não

somente o usuário deve ser cuidado, mas a família também precisa de cuidados, de orientação e de participação nas atividades do CAPS, para cumprir seu papel de usuária do serviço e de sujeito político no processo de reforma psiquiátrica, como menciona Rosa (2009).

Para um cuidado integral em Saúde Mental, a abordagem familiar é fundamental. Inclusive o Ministério da Saúde orienta que a abordagem familiar deve estar comprometida com o rompimento da lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade. Estruturar uma abordagem a partir da família exige dos profissionais de Saúde abertura e visão ampliada, visão que acolha as diferentes constituições familiares e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da Saúde Mental mobilizam (BRASIL, 2013).

A partir dessa compreensão ampla de Saúde Mental, faz-se necessário conhecer como a família enfrenta as crises psíquicas. Dessa forma, no quesito situação de crise da pessoa com transtorno mental, foram identificados quais serviços os familiares têm disponíveis e se eles são resolutivos. Esses aspectos foram organizados no Quadro 2.

Quadro 2: Núcleos de sentido e categorias referente a crises psíquicas

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Tratamento medicamentoso em situações de crise de Saúde Mental	F4: “Aí eu levo lá na UPA (...) a maioria dos médicos olha no computador e fala, mais que jeito que a senhora está dando os medicamentos para ela, porque não está dando certo? Não Doutor eu to dando certo. Aí então aumenta tal remédio e aí para de dar as crises e ela para de ficar nervosa. Aí as vezes aumenta o Haldol ou o Diazepam ou o Carbamazepina (...)” F9: “Uhum, resolveu, o médico me orientou na medicação né”	F2, F3, F4, F9.
Reforço Policial em situação de crise de Saúde Mental	F2: “Teve uma vez que ele entrou em crise, quebrou umas coisas no CAPS, chamaram o SAMU e a Polícia, tentaram dar remédio e internar, mas não conseguiram.” F5: “(...) teve, no começo minha casa era cheia de polícia, para se conformar para ir”.	F2, F5.
Internação domiciliar em situação de crise de Saúde Mental	F6: “ficou internada em casa (...) E pediram pra ficar junto no PA, porque o PA cedo não tem nenhum enfermeiro, esses que fica assim, eles roda, não tem como dá atenção só pra um, sabe, mais deu tudo certo” F7: “Às vezes lá em casa...eles fazia soro em casa, daí eu cuidava o tempo todo”	F6, F7.

CAPS como suporte em situação de crise de Saúde Mental	F3: “ Às vezes que aconteceu a gente procurou o médico mesmo, o médico daqui do CAPS”. F5: “Quando tem crise forte vai para Marechal (Hospital Psiquiátrico), questão de internamento, esses negócios, quando é grave, quando a família não está aguentando, daí tem eu fazer alguma coisa. Quando caso mais leve, daí atende aqui mesmo (CAPS), consulta com psiquiatra”.	F1, F3, F5, F9.
Melhora na frequência das crises de Saúde Mental	F1: “É que foi só aquela vez que eu realmente precisei né.” F4: “Agora graças a Deus faz tempo que ela não ficou mais (em crise) ”. F5: “Faz uns quatro anos (não interna). (...) Eu não lembro dele ser internado pelo CAPS”.	F1, F4, F5, F7, F8, F9.
Categorias		
Recursos com resquícios manicomiais e de sobrecarga familiar utilizados nos momentos crises.		
O CAPS como recurso e melhora no quadro psicossocial.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As famílias entrevistadas apontam quais os serviços e recursos são acessados por elas nas situações de crise. É possível constatar que, apesar do processo da Reforma Psiquiátrica em andamento, ainda persistem práticas manicomiais, como a utilização de reforço policial, o cuidado centrado no tratamento medicamentoso e no profissional médico. A centralidade nessas técnicas, reduz as possibilidades de intervenção na crise³⁴, em que não se visualiza outras estratégias de produção do cuidado. Segundo Quinderé et al. (2010), sabe-se que velhos modelos podem se reproduzir com novas roupagens. Ou, ainda, a implantação de um modelo não suprime de imediato o anterior. Ao contrário, ambos podem conviver simultaneamente, apesar de suas contradições, havendo o risco de reprodução dos seus fundamentos e práticas nos serviços do novo modelo.

Nota-se, também, na fala das famílias, as dificuldades nos momentos em que seus familiares estão em sobrecarga do cuidado. E a internação domiciliar é a expressão mais

³⁴ Segundo Bonfada e Guimarães (2012), a Política Nacional de Atenção às Urgências ainda aponta a crise psiquiátrica como objeto de intervenção da polícia, mesmo diante do seu completo despreparo para esse tipo de atuação e de seu caráter histórico de agente de repressão e manutenção da ordem. Isso não significa que a ajuda policial não possa ser solicitada ou que medidas mais drásticas não possam ser tomadas no caso de um paciente em crise que esteja ameaçando de forma concreta sua própria vida ou a de terceiros. O problema é relativo despreparo policial e, acima de tudo, ao uso indiscriminado de medidas extremas em situações de crise ou de urgência psiquiátrica, nas quais os sujeitos mostram-se até certo ponto cooperativos.

evidente dessa sobrecarga no processo cuidado, pois é transferido para um familiar o cuidado em saúde, prática que ele não está capacitado profissionalmente; além da cobrança pela administração da medicação e da necessidade de realizar o cuidado no Pronto Atendimento (PA), devido à insuficiência de recursos humanos do serviço. Como discutido na primeira seção desta dissertação, a responsabilização da família se expande com o avanço das reformas neoliberais, que apregoa a diminuição das demandas do Estado, com Políticas Sociais Familistas.

Apesar dessas dificuldades, as famílias afirmaram que o atendimento em situação de crise foi resolutivo, pois o seu familiar melhorou o quadro de saúde mental. Urge a necessidade de estruturar os serviços de Saúde Mental, para atender as necessidades da pessoa com transtorno mental e também do cuidador. Segundo Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), influi na sobrecarga a disponibilidade de redes de suporte social e a estrutura dos serviços de Saúde Mental.

Em contrapartida, também se evidencia, por meio das entrevistas, que o CAPS, apesar das suas fragilidades, tem sido um serviço de referência para as famílias, e elas têm buscado nele suporte também nos momentos de crises. O fato de que a maioria das famílias relata que o familiar atendido no CAPS quase não tem mais crises (ou não tem mais, de fato, ou pelo menos que ele não tem sido mais internado), demonstra que o CAPS tem conseguido realizar em parte, sua atribuição de oferecer assistência psicossocial num serviço aberto. Yasui (2010), pondera que os CAPS são os principais instrumentos de implementação da Política de Saúde Mental. Apesar das suas fragilidades e lacunas, o CAPS não deixa de ser um serviço importante na luta antimanicomial.

Quanto à opinião dos familiares sobre quais atividades gostariam que o CAPS oferecesse para a pessoa com transtorno mental e para a família, organizou-se o seguinte quadro analítico.

Quadro 3: Núcleos de sentido e categorias referente as atividades que os familiares desejam para o CAPS

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Necessidade de promover atividades conjuntas entre famílias e as pessoas com transtorno mental no CAPS	<p>F1: “Olha acabaram de me convidar para ir com ele jogar...então assim eu fiquei surpresa de uma forma gostosa, (...) seria o tipo de sugestão que eu daria antes deles me convidarem, fazer alguma coisa juntos”.</p> <p>F5: “Uma confraternização entre eles e os pais, é isso aí, não sei.”</p>	F1, F5, F6, F7.

Famílias requisitam suporte do CAPS para o cuidado.	F6: “ (...) uma vez por semana ou casa quinze dias chama a pessoa e passa a situação do paciente, como ele está, se tá estável, se ele tá melhor, de repente se em casa como ele tá se comportando, se toma a medicação certa, se não toma, nesse sentido”. F8: “Num sei, acho que uma reunião era bom né, porque para pode intende ela assim, ela participa i eu não. Para apende a lidar com ela né, é complicado”.	F6, F8, F4.
Famílias satisfeitas com as atividades ofertadas no CAPS	F9: “É eu, assim, pra mim tá bom assim”. F3: “Eu acredito que não, porque ela não é uma pessoa que gosta de... dança , não é uma pessoa esportiva. Então eu acho que o que tão oferecendo é o suficiente.	F2, F3, F9.
Famílias com dificuldade de propor novas atividades no CAPS	F8: “Num sei, acho que não. Porque ela já participa duas veis por semana, dai num sei”. F5: “Problema que ele não pode vim, a filha não pode vim. Eu tenho que ter um apoio para me trazer. Não sei”	F2, F3, F4, F5, F8.
Categorias		
A relação da família com a proposição de novas atividades no CAPS.		
O CAPS como parceiro no processo de cuidado.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As famílias como integrantes do atendimento de Saúde Mental também precisam ser ouvidas no processo de implementação de ações nos serviços de atendimento. Nesse sentido, levantam-se, na percepção dos sujeitos da pesquisa, as atividades que eles avaliam como necessárias para o CAPS. Com base nos núcleos de sentidos mencionados, extraímos duas categorias:

a) A relação da família com a proposição de novas atividades no CAPS: verifica-se tanto familiares com dificuldades nessa proposição, em contrapartida, outros familiares com sugestões importantes para a prática do cuidado. Uma quantidade expressiva de familiares (4) apresentou dificuldade em mencionar quais atividades gostariam que fossem realizadas no CAPS para as pessoas com transtorno mental e para as famílias. Isso pode estar relacionado à pouca participação da família no serviço (como visto anteriormente). Dentre as respostas de atividades a serem realizadas com a pessoa com transtorno mental, algumas sugestões foram: F2 - música; F3 - atividade física; F7 - jardinagem; F9 - telas para pintura. Os familiares também

sugeriram a necessidade de a família realizar atividades juntamente com a pessoa com transtorno mental. Normalmente as atividades nos CAPS são centradas para um determinado grupo (família ou pessoa com transtorno mental), assim, essa atividade conjunta de interação poderia conter uma possibilidade de se criar vínculos e de se estabelecer cuidado compartilhado entre serviço e família. Como pontuam Schrank e Olschowsky (2008), “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” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 134). Familiares sugeriram a realização de atividades com as famílias sobre o processo de cuidado com a pessoa com transtorno mental. Segundo Melman (2008), ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas. (MELMAN, 2008, p.80).

b) CAPS como parceiro no processo de cuidado: alguns familiares estão satisfeitos com as atividades já ofertadas no CAPS, o que sinaliza que, de alguma forma, o trabalho do CAPS tem sido importante para o tratamento da pessoa com transtorno mental, refletindo positivamente na família. Os familiares também requisitam o suporte do CAPS para a prática do cuidado familiar, sugerindo atividades voltadas para a orientação familiar. Percebem-se lacunas no trabalho do CAPS, voltado às demandas e às necessidades familiares. Nesse sentido, as ações dirigidas para a família pela equipe dos CAPS precisam ser repensadas e, muitas vezes, assumir novos contornos, podendo-se, assim, ressignificar o agir e o pensar frente àquela. (BIELEMANN et al., 2009).

Ainda com o intuito de compreender essa relação família/pessoa com transtorno mental/CAPS, verificou-se se a pessoa com transtorno mental participa do CAPS I, com qual frequência e se gosta de participar. Esse levantamento pode ser visualizado no próximo quadro analítico.

Quadro 4: Núcleos de sentido e categorias referente a participação da pessoa com transtorno mental no CAPS

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Pessoa com transtorno mental frequenta o CAPS devido ao bom atendimento por parte dos profissionais	F1: “Ele gosta de vim (...) é muito também por causa da profissional que ta ajudando ele (...) porque se fosse a outra psicóloga que eu inclusive pagava para ele primeiro ele nunca mais iria, ele teria desistido, mas a pessoa que eles colocaram aqui é boa, deu certo (...)”	F1, F2, F9.

	F2: “Ele gosta muito, ele adora a Oficina de Horta, chega em casa falando das comidas e que as meninas do CAPS são muito legal.”	
Pessoa com transtorno mental frequenta o CAPS, pois se sente bem em realizar as atividades ofertadas	F3: “Ela fala que gosta. (...) Ela se sente importante. F4: “Ela gosta, aí hoje passou lápis no olho, passou batom, pôs uma blusa aí aberta nas costas com um top, um colã assim, calça jeans, ela disse que falaram que ela tava muito bonita hoje”. F8: “Ela vem duas vezes por semana. Outra coisa também, que diminufram o horário, era duas hora e diminufram pras três hora até cinco e meia, isso que ela também falou, que queria que voltasse u horário normal isso que ela também. Antes começa as duas e ia até as cinco. (...) Sim ela fala que gosta, que é bom, que pelo menos distrai a cabeça, num fica pensando em nada.”	F2, F3, F4, F8.
Familiar não sabe explicar porque a pessoa com transtorno mental gosta de frequentar o CAPS	F7: “Gosta de vir. Não fala porque gosta”. F6: “Só que agora deu uma parada, porque assim como lá no serviço dela, toda vez que pegar um atestado, e as vezes eles desconta dela mas ela não deixa de frequentar”.	F5, F6, F7.
Categorias		
Pessoa com transtorno mental gosta de frequentar o CAPS.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O CAPS I, na percepção dos familiares entrevistados, desenvolve atividades que as pessoas com transtorno mental gostam de frequentar, haja vista que todos deram essa resposta. Com relação à frequência, identifica-se que a maioria (5 do total) das pessoas com transtorno mental vai ao serviço 1 vez por semana, os outros variam de 2 a 4 vezes, o que demonstra que são assíduos nas atividades realizadas pelo CAPS. Com relação ao motivo que leva a pessoa com transtorno mental a frequentar o CAPS, em algumas entrevistas os familiares não souberam explicar. No entanto, outros sinalizaram que esse motivo está relacionado ao bom atendimento e/ou acolhimento dos profissionais do equipamento.

Identifica-se, também, que, além disso, as pessoas com transtorno mental frequentam o CAPS por se sentirem bem em realizar as atividades, melhorando, inclusive, a autoestima. Ressalta-se que um familiar (F8) comentou que a mudança no horário das oficinas terapêuticas não foi de agrado da pessoa com transtorno mental; dessa forma, entende-se que a mudança foi realizada para atender às demandas dos técnicos e não a realidade das pessoas com transtorno mental do serviço. É preciso, segundo Barreiros (2014), que o serviço se adapte mais às

possibilidades dos usuários que o contrário, esforçando-se para oferecer possibilidades no tratamento que não se baseiem apenas no desejo dos técnicos, mas nas demandas singulares de cada usuário.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil possibilitou muitas mudanças na área de Saúde Mental, com a implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os CAPS. A partir dessa reformulação, os sujeitos que antes viviam enclausurados nos hospitais psiquiátricos agora podem contar com um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade. A análise das respostas dos familiares evidencia que todas as pessoas com transtorno mental da pesquisa gostam de frequentar o CAPS, cada um em sua singularidade, o que demonstra os ganhos do serviço aberto, apesar das suas limitações. Os familiares acreditam no serviço substitutivo e percebem que seus parentes têm uma possibilidade de melhora, pois mesmo com o ônus e o sofrimento, existe um cenário favorável aos mesmos (MARTINS; PILLON; LUIS, 2004).

Referente ao entendimento dos familiares sobre a Reforma Psiquiátrica, tem-se o seguinte quadro analítico:

Quadro 5: Núcleos de sentido e categorias referente a percepção dos familiares sobre a Reforma Psiquiátrica

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Reforma Psiquiátrica melhorou os atendimentos	F4: “(...) agora depois disso, ela não ficou agressiva, não ficou mais internada (...)”. F6: “Mais eu acho muito bom, sabe porque eu to com a família, o paciente tem várias alternativas de tratamento, então não é só um lugar, só assim sabe como antigamente falava em doença mental era internamento em hospital psiquiátrico, sabe não tinha uma avaliação antes e depois (...) hoje tá assim, por causa dessa reforma (...)”.	F1, F2, F3, F4, F6.
CAPS como suporte na sobrecarga financeira	F1: “(...) a minha filha conseguiu colocar então o primo dela para também ser atendido aqui (CAPS) porque eles estavam gastando muito e não tinham mais condições de ficarem gastando horrores (...)”. F4: “Foi muito bom, porque aí ela pega as receitas aqui e pega remédio lá no posto (...)”.	F1, F4.
Família desconhece a terminologia Reforma Psiquiátrica	F1: “Eu não sabia que existia um nome”. F7: “ Não, eu não sei o que é”.	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9.

	F8: “ Não. Não tenho nem ideia”.	
Tratamento Hospitalar como necessário em algumas situações	F5: “Cada caso é um caso. (...) Mas tem casos piores, que acaba sendo insuportável para família, pessoa agressiva, bate. Daí eu acho ruim (não internar) para esse lado.”	F4, F5.
Importância da Família na Reabilitação Psicossocial	F6: “Aprendeu, hoje tá assim, por causa dessa reforma (...) hoje tem várias ferramentas que a família pode, então as famílias e os pacientes não tá totalmente abandonado, então tem mais recurso hoje (...)” F9 : “(...) que o problema de evitar o internamento, é só que quando a família aprende que ela tem que né participar, senão não tem como. (...) só que eu acho que falta mais empenho para envolver a família. Porque a família não tem essa educação né, não tem esse conhecimento, educação até não, conhecimento.”	F6, F9.
Tratamento no CAPS é melhor que Internação Psiquiátrica	F1: “(...) então o CAPS já tem de tudo, então a gente chega aqui e já tem de tudo, parece mágica.” F3: “Por que não tem nem comparação o tratamento, por que é...o ambiente que é totalmente diferente” F7: é melhor, por que internar não sei se cura (...)”.	F1, F3, F7.
CAPS como ofertas de atividades ocupacionais para a pessoa com transtorno mental	F5: “É no caso dele foi bom, ajudou. Ele não pode ficar parado, tem que sempre ficar trabalhando a cabeça daí não deixa recair.” F8: “Acho qui é melhor no CAPS. Pelo menos eles fazem alí os negócios deles, qui tem qui faze. Daí a cabeça não fica pensando várias coisas”.	F5, F8.
Categorias		
Reforma Psiquiátrica como conquista de direitos.		
O CAPS como dispositivo da Reforma Psiquiátrica.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Nota-se que todos os familiares da pesquisa desconheciam o termo “Reforma Psiquiátrica”; porém, após uma breve síntese sobre o seu significado³⁵, constatou-se que eles compreendiam e conheciam esse processo, cada um em sua particularidade. A partir da análise de suas falas levantou-se duas categorias:

³⁵ Como os familiares não sabiam o que significava o termo Reforma Psiquiátrica, a pesquisadora fez uma síntese, explicando o que era e como impactou o processo de mudanças nos serviços de Saúde Mental, tentando ser mais didática possível. E, a partir dessa síntese, os familiares expressaram sua opinião.

a) Reforma Psiquiátrica como conquista de direitos: para os familiares, os atendimentos em Saúde Mental melhoraram em comparação a épocas anteriores. Apesar de alguns sinalizarem que existem situações em que se faz necessária a internação, o CAPS foi identificado com um serviço que oferece suporte no tratamento da pessoa com transtorno mental;

b) O CAPS como dispositivo da Reforma Psiquiátrica: identifica-se que o CAPS está em processo de construção nos rumos dos princípios da Reforma Psiquiátrica, não sendo esse um processo linear e nem sem contradições; entretanto, evidenciam-se aspectos importantes para garantia de um tratamento aberto e humanizado. O CAPS demonstrou possibilitar, em algumas situações, suporte na sobrecarga financeira, pois forneceu atendimentos multiprofissionais e medicamentos via SUS (F1 “parece mágica”). Ele também oferta regularmente atividades ocupacionais para a pessoa com transtorno mental. Além disso, o tratamento no CAPS foi apontado por alguns familiares como melhor opção de tratamento em comparação à internação psiquiátrica (F7 “é melhor, porque internar não sei se cura”).

Essas falas dos sujeitos da pesquisa demonstram a densidade no processo da Reforma Psiquiátrica, sobrepondo vários desafios para essa política. Contudo, um ponto em comum que emerge desse debate é o CAPS como possibilidade de reabilitação psicossocial. Os CAPS ainda não cumprem a proposta da Política de Saúde Mental, o que acarreta em uma perda considerável para a qualidade dos serviços oferecidos. No entanto, existe uma excelente Política de Reabilitação, assim, os gestores, profissionais, usuários, pesquisadores e sociedade como um todo devem continuar lutando (KANTORSKI et al., 2012).

No intuito de compreender os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias, sondou-se a opinião dos sujeitos da pesquisa acerca de como é o acolhimento e/ou atendimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) e do CAPS para com pessoa com transtorno mental e para a família. Tal levantamento pode ser visualizado no seguinte quadro analítico:

Quadro 6: Núcleos de sentido e categorias referente atendimento da APS e do CAPS

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
O preconceito e a desinformação sobre transtornos mentais por parte dos profissionais da saúde	F1: “Mas assim, ela foi muito maltratada (Pronto-atendimento) e primeiro que eles não acreditam, tudo que é da cabeça, eu não sei se é só aqui, ou se é em todo mundo, mas tudo que é da cabeça, porque depressão é uma coisa da cabeça né, eles não dão muita bola. Se é um osso quebrado eles entendem e se entendem né, mas quando é da	F1, F7, F8, F9.

	<p>cabeça, a pode tá fingindo podem tá aumentando aquilo. ”</p> <p>F7: “(...) mas nos postos sim, porque eles falavam esse é um bêbado e para família dói...é doença...”</p>	
A família não incluída nos atendimentos do CAPS	<p>F3: “É mais a gente tem mais contato com a recepcionista. ”</p> <p>F8: “Não sei dizer. Primeira vez hoje que to vindo (CAPS)”.</p>	F3, F8.
O CAPS como bom atendimento	<p>F3: “(CAPS) É bom, assim normal. Sim sempre tratam bem, eu que acompanhei ela algumas vezes e agora ela vai sozinha. ”</p> <p>F4: “(CAPS) Muito bem também. (...) Eles já sabem o jeito dela. Já estão acostumados. ”</p> <p>F5: “(CAPS) (...) aqui também tão atendendo super bem. (...) Não nunca, não tem reclamação”.</p>	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F9.
Categorias		
A cultura do preconceito, pelo desconhecimento da loucura		
O CAPS como dispositivo de acolhimento a PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O entendimento dos familiares/cuidadores sobre os serviços de Saúde e de Saúde Mental é fundamental para conhecer a realidade da atual Política de Saúde Mental. Como exposto no quadro, a maioria das famílias (08) aponta que o CAPS realiza um bom atendimento. Entretanto, identifica-se nas falas dos entrevistados que a família não tem sido inserida nos atendimentos do serviço, e, quando frequenta o CAPS, é na posição de acompanhante e informante, o que caracteriza resquícios manicomiais, pois, segundo Rosa (2008), com a apropriação do louco pela psiquiatria, a família ficava restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar a pessoa com transtorno mental ao asilo, visitá-la e fornecer as informações necessárias sobre sua história. Com a Reforma Psiquiátrica, a proposta é que a família também seja inserida nos atendimentos e no serviço, o que não se evidenciou com as famílias desse processo investigativo.

Compreende-se, assim, que os CAPS I da pesquisa, de certa forma, estão sendo dispositivos de acolhimento, pois os familiares relatam um bom atendimento, porém sem inclusão da família, enquanto sujeito participativo. Identifica-se, também, que alguns profissionais de Saúde da Atenção Primária e dos Serviços de Urgência, reproduzem a cultura

do preconceito com relação ao transtorno mental, o que demonstra desconhecimento e despreparo para os atendimentos. Segundo Cândido (2012), a informação em Saúde Mental é considerada uma necessidade tanto para leigos quanto para profissionais da área; é a base para a mudança de comportamento com relação à pessoa com transtorno mental. A estigmatização da loucura no ocidente advém da sua patologização, que passou a denominá-la de “doença mental”, encerrando nessa nova denominação, o poder do saber psiquiátrico, prática medicalizante, a vigilância e o isolamento, de acordo com o que se discutiu anteriormente.

Diante da complexa tarefa protetiva da família, verificou-se, na opinião dos familiares/cuidadores, se o CAPS colabora com a diminuição da sobrecarga familiar e se o cuidado e o entendimento do transtorno mental foram facilitados a partir do acompanhamento do CAPS, o que se visualiza no seguinte quadro analítico.

Quadro 7: Núcleos de sentido e categorias referente o papel do CAPS diante da sobrecarga familiar

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
O CAPS com lacuna na orientação familiar sobre transtorno mental	<p>F1: “Não. Isso eu senti falta, porque o que eu aprendi pra cuidar do X eu tive que aprender com o Y. (...) Eu assim me sentia no escuro, tanto que eu até hoje em dia não sei direito como lidar com ele (...)”</p> <p>F8: “(orientação) Não, em nenhum momento.”</p>	F1, F8.
Família em sofrimento com demandas cotidianas	<p>F1: “A gente não sabe a gente não passou por isso dentro de casa. É difícil.”</p> <p>F4: “(...) mas aí eu fico assim quando eu vejo que tem risco dela passar mal ou ficar nervosa, eu deito mas já fico meio alerta né, (...)mais aí até ela dormir eu fiquei cuidando, sempre assim (...)”</p> <p>F6: “Teve um dia que nós tava jantando ai não sei o que eu falei para ela, ela olhou pra mim e falo assim eu não quero que você fala comigo hoje, assim fala umas coisas assim”</p>	F1, F4, F2, F5, F6.
O CAPS como auxílio indireto no cuidado em Saúde Mental	<p>F3: “Nossa, facilitou muito, não precisa ir pra fora e também quando, quando acontecia as crise era mais difícil você se locomove, e aqui já vai...e tá mais perto. E sem conta a despesa que a gente tinha. Pra gente foi muito bom, é igual eu falei para você, foi ótimo.”</p>	F2,F3, F4, F5, F6, F7, F9.

	<p>F4: “Ajudou muito iyi. (...) Hara, deferenciou bastante, porque de vez em quando ela ficava nervosa, até comigo ela não podia falar nada, aí depois que ela começou vir aqui e a tomar os remédio certinhos (...)”</p> <p>F6: “É como se fala, ai eu acho que o CAPS assim nessa parte é bom, não sobrecarrega a família assim sabe, a família faz parte dela e o CAPS forma um conjunto assim sabe, acaba amenizando assim sabe.”</p> <p>F9: “(...) Não é que ajudou, mas deu uma visão diferente quando nós tínhamos esses encontros das mães, entender que todos tínhamos mesmo problemas né, que todos tem o mesmo comportamento, a mesma lida, a mesma luta.”</p>	
Categorias		
A família sobrecarregada no cuidado em Saúde Mental.		
O CAPS como suporte indireto na sobrecarga familiar.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A convivência familiar com o transtorno mental é uma realidade complexa, com demandas e sentimentos contraditórios e ambivalentes. A partir dessa realidade, e da relação do CAPS nesse cuidado em Saúde Mental, levantou-se duas categorias.

a) A família sobrecarregada no cuidado em Saúde Mental: verifica-se que a família apresenta sofrimento com demandas cotidianas do cuidado em Saúde Mental, tendo em vista os comportamentos, as atitudes e os sintomas do seu familiar com transtorno mental, bem como por sofrer junto com seu parente. Além disso, verifica-se que o CAPS não tem realizado orientação sobre o cuidado no ambiente doméstico e familiar, o que acarreta dificuldades para a família, sobrecarregando-a. Conforme Schein e Boeckel (2012), devem-se considerar as demandas e as dificuldades dos cuidadores e os seus sentimentos com relação ao usuário, fornecendo informações acerca do transtorno mental, auxiliando no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. São possibilidades de inclusão, também, os grupos de psicoeducação, as visitas domiciliares e espaços que privilegiem o fortalecimento dos cuidadores frente às suas demandas cotidianas;

b) O CAPS como suporte indireto na sobrecarga familiar: apesar do CAPS não realizar diretamente, na maioria das situações, a orientação do cuidado familiar, indiretamente ele

auxilia, pois tem oferecido um tratamento à pessoa com transtorno mental com melhora do quadro psicossocial. Os profissionais de Saúde Mental direcionam suas intervenções para a pessoa com transtorno mental e muitas vezes não percebem que a família também necessita de suporte. Para Koga (1997), os profissionais de Saúde, em muitas situações, esperam que a família aceite e cuide da pessoa com transtorno mental intenso sem se dar conta de que não estão lhe oferecendo suporte nem orientações.

Identifica-se que um familiar (F9) relata a importância do grupo de apoio para partilha de sofrimentos e trocas de experiências, e a realização de atividades com esse caráter são indicadas pelo próprio Ministério da Saúde. Segundo Caderno de Atenção Básica nº 34 do Ministério da Saúde, “acolher o familiar e ofertar possibilidade de apoio inserindo-o em atividades coletivas como grupos de terapia comunitária podem ajudá-lo a lidar com o sofrimento” (BRSASIL, 2013, p. 59). Foram identificados na entrevista, com relação à medicação usada: i) quantos medicamentos por dia a pessoa com transtorno mental faz uso; ii) se faz administrar as doses sozinha ou com auxílio da família; iii) e se esses são fornecidos pelo SUS. O resultado foi organizado no próximo quadro analítico:

Quadro 8: Núcleos de sentido e categorias referente ao tratamento medicamentoso

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Família auxilia no uso de medicação	F1: “Ele toma 4 medicamentos por dia, ele tomava sozinho daí quando ele tentou se matar com remédio a gente tirou (...)” F5: “A gente que tem que dar. Ele joga o remédio. (...) Tem que dar o remédio e ficar uns quinze minutos em volta dele, e espera o remédio derreter. Senão ele joga fora”.	F1, F5, F9.
Família tem gastos financeiros com medicação	F3: “Dois vem pelo SUS, e um compra, paga. Da diabetes, compra também.” F8: “A maioria tem que comprar. Alguns consegue pelo SUS.”	F3, F8, F4.
Uso de medicação pelas pessoas com transtorno mental atendidas no CAPS	F4: “6 medicamentos” F6: “Acho que ela toma uns quatro ou cinco por dia.” F9: “Ele toma, ah, deixa eu ver, acho que seis qualidades: deixa eu ver, um azul, um amarelo, o branco grande, um alaranjado, acho que são 5 tipos (...)”.	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9.

Categorias
Medicalização no tratamento em Saúde Mental.
Sobrecarga familiar relacionada ao uso da medicação.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O uso da medicação e a forma como a família se organiza frente a esse tratamento é um sinalizador da organização familiar referente ao seu papel protetivo. Assim, identificam-se duas categorias:

a) Medicalização no tratamento em Saúde Mental: verifica-se que todas as pessoas com transtorno mental atendidas nos CAPS I, sujeitos indiretos da pesquisa, fazem uso da medicação no tratamento em Saúde Mental. A medicalização é traço da Psiquiatria tradicional, que ainda apresenta alta prevalência nos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico;

b) Sobrecarga familiar relacionada ao uso da medicação: por meio dessa característica majoritária do uso da medicação pela pessoa com transtorno mental, evidenciam-se as sobrecargas a que as famílias estão sujeitas, como, por exemplo, o fato de algumas pessoas com transtorno mental precisarem de auxílio no uso da medicação, para não colocarem sua vida em risco, ou para garantir que façam o tratamento medicamentoso corretamente. Além dessa sobrecarga, também pode se identificar a sobrecarga financeira, haja vista que algumas famílias precisam custear a medicação. A medicalização no tratamento em serviços substitutivos ainda é uma realidade, pois, de acordo com Fiorati e Saeki (2013), foi observado, nos serviços, que a organização do trabalho é centrada na tecnologia médico-clínica, sendo predominante a reprodução da tecnologia médica como matriz técnico-ideológica. Assim, o tratamento disponibilizado aos usuários enfatiza as consultas médico-psiquiátricas, o diagnóstico, o tratamento psicopatológico e o seguimento medicamentoso.

Para finalizar esse eixo temático, indagou-se como os familiares sujeitos da pesquisa avaliam o trabalho do CAPS. As respostas foram expostas no quadro a seguir:

Quadro 9: Núcleos de sentido e categorias referente a avaliação familiar sobre o CAPS

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
A família avalia trabalho do CAPS como bom	F1: “Mas assim em tudo, até nas mínimas coisinhas foi o CAPS que ajudou. Qualquer dificuldadezinha, qualquer coisinha que deu (...)” F3: “Muito bom, ótimo, porque assim antes, tinha que ir pra outra cidade e era tudo mais difícil.”	F1, F2, F3, F4, F5, F6.

	F5: “Pra gente, no caso do X, que ficava só em casa, sem atividade nenhuma, agora não, ele vem aqui pro CAPS, trabalha, fica um pouco aqui. Chega em casa já é outra pessoa. (...) Achei bom.”	
A família avalia CAPS como bom serviço, mas tem dificuldade de explicar os aspectos que o caracterizam como bom	F7: “Eu acho bom, mas não sei como dizer, para mim é uma coisa boa”. F8: “Ah é bom, Só sei dizer que é bom. Tá melhorando pra li da com ela.”	F7, F8.
O CAPS apresenta uma estrutura insuficiente	F9: “O problema é que o CAPS, assim, nós tivemos, o CAPS começou, foi um trabalho bem legal quando inaugurou aqui, aí depois a prefeitura, eles colocaram bem um outro pessoal daquele que tava começando a organizar, e daí parou assim sabe (...) então tentando né, dá uma reformulada aqui de novo, mas ainda não tá assim né como podia talvez tá, mas, que nem eu acho assim, falta de estrutura (...)”	F9.
Categorias		
O CAPS é avaliado pela família de forma positiva		
Precarização do CAPS		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Devido à importância da família na construção e no acompanhamento de políticas de atenção à Saúde Mental, identifica-se a concepção das famílias sobre o CAPS. Com base no quadro analítico, foram destacadas duas categorias:

a) O CAPS é avaliado pela família de forma positiva: os familiares, em sua maioria (08), relataram que o CAPS oferece um bom serviço. Dentre os motivos para essa avaliação estão: facilidade do atendimento pela proximidade do serviço (territorialidade); suporte quando a família precisa; oferta de atividades para a pessoa com transtorno mental; e possibilidade de melhora no quadro psicossocial. Entretanto, dois familiares tiveram dificuldades em explicar porque avaliam como positivo o trabalho do CAPS. Eles comentam que o trabalho do CAPS é bom, mas não conseguiram expressar o motivo dessa avaliação. “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” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 128). Entende-se que os familiares avaliam como positivo o trabalho do CAPS, tendo em vista que esse apresenta melhora no quadro psíquico da pessoa com transtorno mental, sem a necessidade do isolamento; além disso, o serviço é ofertado no território da família, o que possibilita mais acessibilidade por parte do

usuário e sua família.

b) Precarização do CAPS: apesar da boa avaliação do trabalho desenvolvido pelo CAPS, um familiar sinalizou que o centro apresenta estrutura insuficiente, devido à carência de recursos materiais e humanos e à rotatividade de profissionais. Nesse sentido, para Fiorati e Saeki (2013), nos serviços extra-hospitalares, há carência prolongada e contínua de recursos materiais e humanos, e os profissionais veem-se frequentemente sobrecarregados.

Em síntese no *Eixo Temático: Dados de Assistência em Saúde Mental*, foram evidenciadas as seguintes categorias:

- 1 - CAPS como suporte, com atividades específicas para as famílias;
- 2 - CAPS como suporte parcial, sem atividades específicas para as famílias;
- 3 - Recursos com resquícios manicomial e de sobrecarga familiar utilizados nos momentos crises;
- 4 - O CAPS como recurso e melhora no quadro psicossocial;
- 5 - A relação da família com a proposição de novas atividades no CAPS;
- 6 - O CAPS como parceiro no processo de cuidado;
- 7- Pessoa com transtorno mental gostam de frequentar o CAPS;
- 8- Reforma Psiquiátrica como conquista de direitos;
- 9 - O CAPS como dispositivo da Reforma Psiquiátrica;
- 10 - A cultura do preconceito, pelo desconhecimento da loucura;
- 11- O CAPS como dispositivo de acolhimento a pessoa com transtorno mental;
- 12 - A família sobrecarregada no cuidado em Saúde Mental;
- 13 - O CAPS como suporte indireto na sobrecarga familiar;
- 14 - Medicalização no tratamento em Saúde Mental;
- 15 - Sobrecarga familiar relacionada ao uso da medicação;
- 16 - O CAPS é avaliado pela família de forma positiva;
- 17 - Precarização do CAPS.

As famílias estão permeadas por dificuldades que dificultam sua capacidade de exercer uma função protetiva. Essa realidade mostra a importância de os CAPS inserirem a família como parceira no serviço e no processo de cuidado da pessoa com transtorno mental. A família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (BRASIL, 2013).

A partir dessas categorias, verifica-se que o CAPS, dentro das limitações, desenvolve a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Entretanto, a família carece ser inserida no serviço, não somente como informante e acompanhante, mas como pessoa em

sofrimento psíquico que precisa de cuidado e como sujeito participativo do serviço. Segundo Colvero, Ide e Rolim(2004), em muitas situações, os profissionais percebem o familiar como um simples informante das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento, que deve seguir passivamente suas prescrições de tratamento. Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas.

Tais questões devem ser levadas em conta para ser possível estruturar a incorporação familiar, a qual exige uma reformulação não só prática, mas teórico-metodológica na forma de abordar a família, pois, conforme aponta Teixeira (2010), “está na ordem do dia pensar metodologias de trabalho com famílias que articulem a dialética entre questões internas e de protagonismo social, questões objetivas e subjetivas da vida social e das famílias” (TEIXEIRA, 2010, p. 21).

Diante da importância que o familiar/cuidador tem no tratamento da pessoa com transtorno mental, fazem-se necessárias novas propostas de Políticas Sociais que contemplem esses importantes atores na Saúde Mental. Essas ações seriam voltadas principalmente para a redução das sobrecargas que os familiares estão expostos.

Não obstante, além da reflexão sobre a estrutura e a organização da assistência em Saúde Mental, para que se compreendam os rebatimentos e os impactos na família, gerados pela Reforma Psiquiátrica no tocante aos cuidados em Saúde Mental, também é necessário que se verifique o modo como a família opera tais cuidados e como isso se reflete em sua organização. Em virtude disso, no próximo item, foram apresentados os dados sobre a dinâmica do cuidado familiar de uma pessoa com transtorno mental.

3.2.2 Impactos do cuidado em saúde mental na organização e na convivência familiar

Conforme foi discutido ao longo desta pesquisa, ter uma pessoa com transtorno mental traz rebatimentos para o contexto da família no que diz respeito à ordem objetiva, tais como dificuldades laborais, financeiras e de lazer. Todavia, além das questões objetivas, subjetivamente a família também vivencia sentimentos como os de medo, de culpa, vergonha, entre outros, que debilitam suas funções protetivas e também a sobrecarregam. Cada família, em sua singularidade, enfrenta esses rebatimentos diferentemente, conforme seus limites e potencialidades nas relações familiares e de solidariedade, e de acordo com sua inserção nas relações sociais de produção. Conforme explicita o Caderno de Atenção Básica, n. 34,

Cada família tem uma cultura própria em que circulam seus códigos: normas de convivência, regras ou acordos relacionais, ritos, jogos, crenças ou mitos familiares, com um modo próprio de expressar e interpretar emoções e comunicações. As ações são interpretadas em um contexto de emoções e de significados pessoais, familiares e culturais mais amplos. Tais emoções geram ações que formam o enredo do sistema familiar e constroem a história singular de cada família, que se transforma com o tempo, com a cultura e com as mudanças sociais. (BRASIL,2013, p. 63).

Cada família é única na forma como organiza suas relações de convivência e na medida em que enfrenta seus problemas, tendo suas percepções, seus vínculos e suas especificidades próprias. Diante dessa realidade, neste item, discutiu-se o eixo temático: *Dados de impacto na convivência familiar*. Assim como no eixo temático anterior, neste também se evidenciam os núcleos de sentido, os fragmentos das entrevistas que refletem esses núcleos e os referidos familiares, e a partir deles, levantam-se as categorias.

Referente ao processo de cuidado e aos seus impactos sobre a família e, em especial, sobre o familiar/cuidador, tem-se o seguinte quadro analítico:

Quadro 10: Núcleos de sentido e categoria referente aos impactos do processo de cuidado familiar

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
O cuidado familiar em Saúde Mental afeta o sono e a saúde	<p>F1: “Meu sono nunca mais foi o mesmo”</p> <p>F4: “Sim porque eu ficava muito preocupada, tinha vez que ela não dormia de noite e eu tinha que ficar a noite toda deitada no sofá e ela no outro até ela ir dormir”.</p> <p>F5: “Afeta, afetou bastante. (..) O meu marido por tanta coisa teve AVC, eu já estou fazendo tratamento (depressão), vai chegar uma época que a família toda sofre junto (...).</p> <p>F9: “Ah afetou muito a minha saúde. Nossa, eu assim também, não sou mais a pessoa que eu era. Eu tomo remédio pra, ah esqueci de novo o nome ...para Depressão (...)”</p>	F1, F4, F5, F6, F7, F9.
O cuidado familiar em Saúde Mental impacta no emocional	<p>F1: “Mas não é só o sono, me tornou uma pessoa muito ansiosa”</p> <p>F6: “Afeta o emocional, afeta o sono cê não dorme direito, fica preocupado tipo assim, digamos que tipo assim eu tive que trancar meus estudos pra cuidar</p>	F1, F3, F4, F5, F6, F9.

	<p>dela fica perto dela assim sabe, preocupação, horário tipo assim nesses dias que ela ficou ruim medo que eu tinha assim de chegar no apartamento e ela fazer um a besteira grande (...)'</p> <p>F9: “(...) a gente perdeu muito sono, desregulou assim, (...), eu me sinto cansada né, assim eu tô cansada da vida assim né, não tem sentido, eu gostava de fazer uma coisa, eu gostava também de ter um emprego, de ter meu salário, mas eu sei que seu abrir mão disso daí, vai me dar mais problema ainda né (...)”</p> <p>F3: “Mais a gente sofre junto quando as crises, (...) Aí a gente fica triste com ela. (...) . Mas não tem como a gente não sofre junto.”</p>	
<p>O cuidado familiar em Saúde Mental prejudica atividades de trabalho</p>	<p>F5: “Interferiu bastante, a gente podia fazer mais coisa, ter mais coisa, trabalhar, meu sonho é estudar, como que eu vou estudar se eu tô aqui ela tá gritando, jogando as coisas fora então eu desisti de tudo, deixei de tudo, até minha casa eu deixei”.</p> <p>F6: “Até o Dr. Luis falou pra mim assim na época, do jeito que ela tá aqui quando menos cê menos espera ela pucha a cordinha, (..) daí ele falo assim eu te dou um atestado de vinte dias pra ficar em casa, então eu não sei o que eu faço se salvo meu emprego ou se salvo minha esposa. (...) tanto que ele eu tava com 40 horas negativa o atestado de um dia só o resto foi tudo do banco de horas. Aí consegui fecha o banco de horas assim sabe diminuiu bastante”.</p> <p>F7: “Já teve que sair do trabalho e meu marido também.”</p> <p>F9 “Sim, aham, não me profissionalizei”.</p>	<p>F4, F5, F6, F7, F8, F9.</p>
<p>O cuidado familiar em Saúde Mental afeta a convivência familiar e o cotidiano</p>	<p>F1: “ Eu me distanciei bastante da minha família, de pai de irmão, de tio, esposo, sobrinho porque primeiro que eu não queria que eles soubessem, e tem pessoas na família que entendem que a depressão é coisa de louco, eles não tratam como uma doença e doença mental, para eles acabou né.”</p> <p>F4 “(..) uma vez quando meu neto era pequeno o mais velho dela, ela só não matou ele porque Deus pohnou a mão. (...) Pegaram ela um segurou na cama no braço e outro a perna, e nós conseguimos tirar a faca deça, senão tinha esfaqueado o meu neto. (...) Quando ela ficava brava eu tirava tudo as faca, algum garfo de ponta eu escondia tudo”.</p>	<p>F1, F4, F5, F6, F7, F9.</p>

	F6 “Então eu tinha medo de, tipo assim de vou em determinado lugar e vai que ela dá um surto, eu entendo mais e as pessoas”	
O cuidado familiar em Saúde Mental dificulta as relações sociais e/ou afetivas	<p>F2: “Assim quando a gente vai viajar e eu quero ir para praia...certas coisas ele não vai e eu também não posso isso”.</p> <p>F5 “E acabo não saindo também, pensando nos outros. E é errado né. Eu tenho que dá chance para mim também. Daí não vejo ninguém, não converso com ninguém.”</p> <p>F4: “Só assim esses maridos que eu arrumei não morou comigo por cauda dela, porque no mesmo tempo que ela ta boa pode dá alguma coisa (...).</p> <p>F9: “(...) que nem eu arrumar um namorado que eu não consigo, porque eles tem medo dele, assim né (...)”.</p>	F2, F4, F5, F6, F7, F9.
Categoria		
Sobrecarga objetiva e subjetiva de familiares de pessoas com transtorno mental.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A convivência familiar com uma pessoa com transtorno mental é atravessada por tensões, as quais podem gerar sobrecarga objetiva e/ou subjetiva, principalmente para o familiar cuidador. Segundo Bandeira, Barroso e Nascimento (2007), a sobrecarga objetiva refere-se às consequências negativas geradas pelo ato de cuidar, como: alteração na rotina, diminuição da vida social e profissional do cuidador, perdas financeiras e supervisão de comportamentos problemáticos. Já a subjetiva remete às percepções, preocupações, sentimentos negativos e incômodos pela função de cuidador. Nesse sentido, por meio da análise das entrevistas, identificam-se a sobrecarga objetiva e subjetiva nos familiares/cuidadores de pessoa com transtorno mental. Essa categoria levantada pode ser visualizada pelos seguintes núcleos de sentido:

a) O cuidado familiar em Saúde Mental afeta o sono e a saúde: verifica-se que a maioria (06) dos familiares/cuidadores tem sua saúde e seu sono afetado, inclusive com familiares apresentando quadro de transtorno mental (Depressão). A insônia e os danos à saúde são derivados dos abalos que permeiam a convivência familiar e o cuidado em Saúde Mental, como sentimentos de preocupação e relato de sofrimento. A sobrecarga pode contribuir para problemas tanto na saúde física como na psicológica do cuidador. São comuns problemas de hipertensão arterial, problemas cardíacos, de coluna, estresse, tensão, nervosismo, isolamento,

desânimo, ansiedade, sintomas psicossomáticos e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (SCHEIN; BOECKEL, 2012);

b) O cuidado familiar em Saúde Mental impacta no emocional: identifica-se que o emocional do familiar/cuidador fica muito abalado, sendo que a maioria (06) demonstrou esse abalo nas falas. Os sentimentos que descrevem essa realidade são: ansiedade, preocupação, medo, cansaço, tristeza e sofrimento compartilhado. Dessa forma, segundo Gomes e Mello (2012), a família sofre com a situação da pessoa adoecida, vivenciando sentimentos de aflição, depressão, isolamento, tristeza crônica, culpa e angústia. A presença do transtorno provoca ruptura da rotina existencial da família, na qual o principal cuidador passa a colocar suas próprias necessidades e vontades em segundo plano, tornando-se sobrecarregado por arcar com os ônus gerados pela doença;

c) O cuidado familiar em Saúde Mental prejudica atividades de trabalho: verifica-se que os familiares tiveram prejuízos nas questões trabalhistas, devido à sobrecarga do cuidado em Saúde Mental. Os familiares deixaram o trabalho ou deixaram de estudar e de se profissionalizar por causa do encargo do cuidado. Também se verificou que um familiar usou suas horas de folga para exercer o cuidado doméstico (internação domiciliar), abrindo mão seus direitos trabalhistas. Para Gomes e Mello (2012), a família que convive com transtorno psíquico apresenta sobrecarga em suas rotinas diárias, no sentido de que precisam assumir as atividades domésticas do doente, que estão prejudicadas em razão da complexa sintomatologia da doença, fazendo com que o familiar se ausente do trabalho e dos seus compromissos sociais;

d) O cuidado familiar em Saúde Mental afeta a convivência familiar e o cotidiano: o familiar cuidador, em função dos cuidados que exerce, tem sua rotina alterada; muitas vezes, pelos comportamentos da pessoa com transtorno mental, acaba se afastando de outros familiares e até de atividades de lazer, devido ao preconceito e às intercorrências do transtorno mental. Nesse sentido, para Gomes e Mello (2012), a família que convive com o transtorno psíquico apresenta sobrecarga em suas rotinas diárias, no sentido de precisarem assumir as atividades domésticas do doente, as quais produzem uma desorientação das atividades do dia a dia;

e) O cuidado familiar em Saúde Mental dificulta as relações sociais e/ou afetivas: verifica-se que o familiar/cuidador tem suas relações sociais e afetivas comprometidas, pois, devido ao cuidado da pessoa com transtorno mental, deixa de realizar atividades de lazer e convivência social, isolando-se juntamente com a pessoa com transtorno mental. A sobrecarga do cuidado afeta inclusive os relacionamentos conjugais, haja vista que duas cuidadoras relataram estarem sozinhas devido ao encargo do cuidado doméstico/familiar em Saúde Mental. Conforme Gomes e Mello (2012), a alteração do lazer do familiar é explicada pelo grande

estigma e preconceito que envolve a doença; assim, o esquizofrênico é excluído pela sociedade e, conseqüentemente, seu principal cuidador também sofre esse preconceito, ocasionando afastamento de suas atividades de lazer.

Diante da complexidade do cuidado familiar em Saúde Mental, sondou-se quem participa desse cuidado na família e como a ela se organiza frente às demandas de peso com transtorno mental. As respostas foram organizadas no Quadro 11.

Quadro 11: Núcleos de sentido e categorias referente a organização familiar frente ao cuidado em Saúde Mental

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Familiar/cuidador exerce cuidado sozinho	F2: “Não. Só eu.” F8: “Só eu. Ela tem irmã e irmão, mais ninguém vai atrás.”	F2, F8.
Cuidado familiar compartilhado entre membros da família	F3: “Meu pai e minha mãe já faleceu, e cada um tem sua família... por isso que a gente é mais ligado nós três (irmãs). A gente que, assim, tá mais junto. F5: “Sim, todo mundo. Menos o meu marido agora, porque agora ele depende de nós”	F3, F5, F6.
Familiar/cuidador recebe pouco suporte de outros familiares	F1: “Ano passado era a irmã mas agora ela não tá mais, que nem agora que eu sai eu falei pro pai dele dá uma olhada, as consultas ele já marca aqui né” (...). Eu me organizo, mas ele não tem nenhum tipo de cuidado especial mais. Ele tenha mas hoje em dia não eu mantenho ele alimentado que nem um bichinho de estimação.” F4: “Somente eu e a minha outra filha cuida dos sobrinhos para mãe poder acompanhar a paciente nos atendimentos.(...) Ajudam mais com as crianças agora com a ela. Esses dias que ela tava internada e que tinha que ir lá ver, aí a minha nora ficou lá em casa, quase umas duas semanas, cozinhando e cuidando dos meus netos (.). E quando ela tá em crise eu fico só atrás dela, porque ela fica andando e eu tenho medo (...)” F9: “Não, eu tenho daí minha filha (...). Ela mora longe, mas ela vem as vezes assim, pra quebrar um galho. (...) As minhas irmãs aqui da cidade, elas me	F1, F4, F7, F8, F9.

	ajudam bastante com cesta básica, essas coisas, roupas assim, necessidades assim.”	
Categorias		
O cuidado de Saúde Mental compartilhado entre a família.		
O familiar/ cuidador sobrecarregado com as demandas do cuidado.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A família é uma unidade social complexa para o processo de viver do ser humano, que se concretiza por meio da vivência, que é dinâmica e singular. Ela não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações entre elas. A capacidade da família de ajustar-se a novas situações, como a de conviver com um membro com transtorno mental, depende das potencialidades que tem, dos laços de solidariedade que agrega e das suas relações sociais e afetivas. Nesse sentido, foram evidenciadas nas famílias pesquisadas, no quesito sobre quem exerce o cuidado à pessoa com transtorno mental, duas categorias:

a) O cuidado de Saúde Mental compartilhado entre a família: há três famílias que relatam o cuidado compartilhado entre outros membros, aliviando peso do encargo. Já em outras cinco, há relato do familiar/cuidador que ele recebe suporte de outras pessoas da família, mas esse é muito residual. Mesmo tendo esse apoio, a tarefa do cuidado se sobressai sobre uma pessoa. De acordo Gomes e Mello (2012), é sobre os principais cuidadores que recaem as tarefas mais árduas do cuidado da pessoa com transtorno mental grave, que se encontra debilitada;

b) O familiar/ cuidador sobrecarregado com as demandas do cuidado: identifica-se nos fragmentos da entrevista que três familiares relatam exercerem o cuidado da pessoa com transtorno mental sozinhos, sem suporte de outro membro familiar, o que justifica a sobrecarga a que estão sujeitos. Para Mazza e Lefèvre (2005), “o comum é o cuidador familiar desempenhar suas atividades sozinho sem a ajuda de ninguém. É o chamado cuidador primário porque tem a responsabilidade total do cuidado” (MAZZA. LEFÈVRE, 2005, p. 3).

Diante das dificuldades do cuidador/familiar, torna-se fundamental, de acordo com Brasil (2013), considerar que o provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental é um trabalho complexo, historicamente retirado da família e que agora lhe está sendo restituído com a Reforma Psiquiátrica. Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão e capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com suas próprias emoções.

A partir dessa nova relação entre pessoa com transtorno mental e família, para compreender de que formas ocorrem os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias,

sondou-se, também, o que mudou na rotina da família depois que seu familiar adoeceu. O Quadro 12 apresentou as respostas dos entrevistados:

Quadro 12: Núcleos de sentido e categorias referente rotina familiar no convívio com uma pessoa com transtorno mental

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
O transtorno mental na família afetou a convivência social	<p>F2: “A sim. Mudou no lazer. Agora quando a gente vai viajar, tem que pegar remédios, ver os dias das consultas já não dá pra ir.”</p> <p>F5: “Daí dá vergonha da situação, não dele, dá situação. Mas a gente fala M. maneira aí, senão ele não deixa para a visitas. As pessoas não entende. Eu já me fechei para visita em casa por causa dele.”</p> <p>F9: “Eu acho que mudou tudo assim porque, primeiro a minha família começou, eles me achavam sempre assim: “você tem que por limite, você tem que fazer assim, você tem que fazer assim”, isso acabou eu me afastando da família, acho que eu me isolei da família também, porque era muita crítica assim”</p>	F2, F5, F9.
O transtorno mental na família mudou a organização das atividades domésticas	<p>F1: “Mais o que mudou a rotina assim, mas o que mudou mesmo foi a hora do almoço mesmo (...)”</p> <p>F5: “Muda tudo né, o jeito de viver, jeito de cuidar da casa, se ele pegar ele tira as coisas e coloca em outro lugar, joga fora na rua, desperdiça as coisas (...).Mistura tem dia que ele deixa a gente sem se vier visita ele come tudo e deixa as visitas sem(..) . É igual eu falo o X é igual uma caixa de marimbondo, tem que deixar ele fazer o que for, se você começar falar, falar, ...ele começa ficar nervoso, começa a bater as portas, a porta dele é toda quebrada, nem adianta arrumar, porque ele estraga.”</p>	F1, F5.
O transtorno mental na família interferiu no trabalho e/ou escolarização	<p>F4: “Não trabalho mais todos os dias, paciente tinha crises e tinha que sair do trabalho para ajudar”</p> <p>F6: “Mudou porque é aquele momento de atenção assim sabe, tipo assim tava eu ia trabalhar, trabalha mais focado nela tipo assim o curso que eu tava fazendo, até a coordenadora a diretora do curso falo assim pra mim a gente nota que você vem, só vem o corpo.”</p>	F4, F6.

O transtorno mental na família como necessidade de cuidado	<p>F3: “A gente toma o nosso cuidado, quando a gente percebe a gente procura ajuda.”</p> <p>F7: “Não mudou muito porque agente até se acostuma, porque são tantos anos e tem que cuidar mesmo.”</p> <p>F5: “(...) mas ele esconde as roupas sujas. (...) fica em baixo do chuveiro, eu falo com ele, usa o sabonete, é aquele banho do jeito dele. Só fica na água escorrendo, às vezes eu abro a porta e vejo que ele não está se esfregando nem passando sabonete. Quem sabe um dia ele vai acordar para vida (...).</p>	F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9.
Categorias		
O transtorno mental como alterações do cotidiano familiar		
Os esforços familiares na política do cuidado em saúde mental		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A família historicamente foi excluída do tratamento dispensado à pessoa com transtorno mental, restando-lhe, então, o papel de encaminhar seu familiar à instituição psiquiátrica para que os “técnicos do saber” se incumbissem do tratamento. Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, essa relação sujeito-loucura foi-se alterando, emergindo novas possibilidades referentes ao papel e ao relacionamento da família na transição dos espaços de tratamento da instituição coercitiva para serviços comunitários de Saúde Mental. Diante dessa mudança na relação família-loucura, verificou-se que alterações ocorreram no âmbito familiar dos sujeitos entrevistados.

Identificou-se, a partir da análise das entrevistas, que os familiares sujeitos da pesquisa sofreram alterações no seu cotidiano familiar e que há vários esforços na política do cuidado. Essa realidade é exemplificada a partir dos referidos núcleos de sentido:

a) O transtorno mental na família afetou a convivência social: percebe-se que o familiar/cuidador acaba se isolando da família e da convivência com outras pessoas, além de abrir mão de atividades de lazer. Ter um familiar com transtorno mental provoca importantes mudanças no ambiente e na rotina familiar. A convivência diária com o usuário altera o cotidiano, as atividades de lazer, profissionais e os relacionamentos sociais (SCHEIN; BOECKEL, 2012);

b) O transtorno mental na família mudou a organização das atividades domésticas: verifica-se que, devido aos comportamentos não convencionais da pessoa com transtorno

mental, a família, principalmente o cuidador direto, tem que fazer alterações na organização das atividades para se adequar à nova realidade. Essas alterações desestabilizam a família, exigindo uma adaptação e reorganização em torno das necessidades do usuário que precisa de cuidados em todas as áreas de sua vida, durante a maior parte do tempo (SCHEIN; BOECKEL, 2012);

c) O transtorno mental na família interferiu no trabalho e/ou escolarização: identifica-se que os familiares tiveram prejuízos no âmbito do trabalho e da sua escolarização, devido à necessidade de desempenhar o cuidado em Saúde Mental, colocando seus desejos e sonhos em segundo plano. O impacto das diversas condições médicas atinge várias dimensões da vida familiar e pode ser considerado sobrecarga porque requer que os familiares do paciente passem a colocar as suas próprias necessidades e desejos em segundo plano (PEREIRA, SOARES, 2011).

Entende-se que os familiares, mesmo que nem eles tenham essa percepção, apresentam várias atitudes em prol da execução do cuidado familiar em Saúde Mental. E esse cuidado interfere no seu cotidiano, consciente ou inconscientemente. Fica perceptível, inclusive na fala de F7, a incorporação feminina do cuidado como algo natural, conforme discutido antes.

Segundo Pereira e Pereira Junior (2003), o convívio com a pessoa com transtorno mental impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Isso evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica de ajuda mútua.

Com base nesse turbilhão de emoções que envolvem a política do cuidado, pesquisou-se, também, que tipo de preocupação o familiar/cuidador tem em relação à pessoa com transtorno mental. Segue quadro analítico:

Quadro 13: Núcleos de sentido e categorias referente a preocupação do familiar em relação a pessoa com transtorno mental

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Familiar preocupado com sentimento e atitudes de morte da pessoa com transtorno mental	<p>F2: “Sim, é ele fala muito de morte. As vezes ele tem umas conversar de tirar a vida de alguém.. se matar.. antes.. agora deu uma diminuída. Mas eu fico meio preocupada sim quando eu tó no serviço.”</p> <p>F6: “Antes no começo assim eu tinha bastante medo assim dela dá um surto pega a faca, as vezes eu (...)eu li uma matéria ali em Santa Catarina em</p>	F2, F6, F8.

	Joinville num almoço de família o rapaz chegou do nada com um revólver e matou sogro, mulher, filho e depois se matou (...)"	
	F8: "Ah...sei lá....tem a preocupação de que em vez em quando ela fala em se matar. Ela fala em se mata, fala que não que fica internada."	
Familiar preocupado com o cuidado da pessoa com transtorno mental na sua possível ausência no futuro	F3: "Sim a gente se preocupa quando a gente não tive aqui, ne? Que nem eu sempre penso se eu more primeiro, como é que vai ser, mais... assim é só isso." F7: "Eu só falo que quando eu falta...se ele não para de bebe, quem que vai cuidar dele... porque a Y (irmã) sozinha não vence...ela é muito doente."	F3, F7, F9.
Familiar preocupado com as relações sociais e afetivas da pessoa com transtorno mental	F1: "Aquela angustia que fica o dia inteiro assim, o medo dele não conseguir mais retomar o lugar dele na sociedade, por que ele tá na bera agora né. Ai ele não tem ninguém ele não fala com ninguém. (...) Mas o meu grande medo e dele não conseguir voltar a conviver com outras pessoas. (...) Então, e o meu medo se ele não conseguir mais ser o que ele era antes."	F1, F5.
Familiar preocupado com o tratamento da pessoa com transtorno mental	F6: "Já causou mais, eu só tenho medo tipo assim dela chuta o balde dela para de toma a medicação, porque a medicação ela dá marca, tipo assim ela tinha o corpo bonito, não marca né deixa o corpo ficou inchado assim, então um pouco ela não se conforma dela tá assim sabe (...). E chega numa situação que eu não vou suporta assim sabe ou eu ou ela. Já pensei nesse fato assim, mais ela ta tomando a medicação (...). Só nesse quesito dela não querer fazer o tratamento."	F5, F6.
Categorias		
Familiar com preocupação com o futuro da pessoa com transtorno mental.		
Familiar preocupado com as várias facetas do cuidado.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Cuidar da pessoa com transtorno mental representa para a família um desafio, envolve sentimentos intrínsecos à vivência de um acontecimento imprevisto e de suas preocupações em relação à pessoa com transtorno mental. No intuito de perceber as preocupações do cuidado familiar, foram identificadas duas categorias que sintetizam esse sentimento.

a) Familiar com preocupação com o futuro da pessoa com transtorno mental: percebe-se que o familiar/cuidador se preocupa com o futuro da pessoa com transtorno mental, primeiramente com o medo da sua ausência (sua morte) e com quem vai prestar o cuidado que realiza; e em segundo, há a preocupação de como será o futuro da pessoa com transtorno mental, de como vai ser sua vida e sua convivência quanto ao estudo, ao trabalho e aos relacionamentos afetivos. Conviver com um ente com transtorno mental, segundo Sales et al. (2010), pode ser uma experiência angustiante, na medida em que emergem sentimentos de incerteza quanto ao futuro de seu familiar, que envolvem as suas próprias perspectivas de vida. Nesses momentos, muitos questionamentos são suscitados no seio familiar: “Algum dia ele voltará a ser como antes? Existe chance de cura? Como ele se comportará diante de uma nova situação? E se ele piorar? ”. Acredita-se que as expectativas e preocupações dos familiares com relação ao futuro dessa pessoa com transtorno mental possa refletir a sua experiência no tocante ao cuidado para com esse indivíduo, bem como sua compreensão sobre o transtorno;

b) Familiar preocupado com as várias facetas do cuidado: verifica-se que o familiar/cuidador se preocupa com várias situações que envolvem a política do cuidado. Primeiramente, quanto aos comportamentos da pessoa com transtorno mental, principalmente pelo sentimento de morte e atitudes agressivas. Em segundo, com relação ao tratamento da pessoa com transtorno mental, no sentido de realizá-lo corretamente. De acordo com Santin e Klafke (2011), o medo de sofrer uma agressão ou a necessidade de estar sempre vigilante para que a pessoa com transtorno mental não coloque sua vida em risco e faça o tratamento medicamentoso corretamente, dentre outros cuidados necessários, acaba gerando uma sobrecarga na família.

A preocupação é um dos sentimentos que envolve o familiar/cuidador; porém, existem vários. Por isso, investigou-se quais sentimentos os familiares da pesquisa relatam existir no processo de exercer o cuidado. Tais formações foram agrupadas no Quadro 14.

Quadro 14: Núcleos de sentido e categorias referente aos sentimentos dos familiares sobre o cuidado

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Cuidador/Familiar se sente bem em cuidar da pessoa com transtorno mental	F1: “Um alívio assim de ele tá em casa sabe, de eu poder tá cuidando dele, de eu ter condições de cuidar dele e principalmente de ter o CAPS, por que senão eu não sei o que ia ser sinceramente. Então primeira coisa que me vem a cabeça assim é nossa que bom que eu to conseguindo ajudar ele (...)”.	F1, F2, F3, F9.

	<p>F2: “De amor. Porque é uma pessoa que precisa. Porque quem tem que cuidar dele sou eu. Porque outra pessoa não tem pra cuidar, as filhas dele já te falei.. jamais, não vai cuidar.”</p> <p>F3 “Sentimento de utilidade, de pode ajuda. E me sinto bem com isso, porque a gente assim, porque a gente procura dá pra ela, assim, pra vida melhor, né, uma qualidade de vida melhor. Então quando a gente vê que ela tem isso, que ela tá bem, é a nossa satisfação também. A gente sente bem também.”</p>	
Cuidador sente tristeza pelo transtorno mental do seu familiar	<p>F6: “Às vezes felicidade, as vezes de incerteza, as vezes de preocupação, tem muitas coisas assim as vezes tristeza tipo assim, não pelo fato dela tipo assim, as vezes tristeza por ela assim sabe. Eu não sei te explica direito.”</p> <p>F7: “Triste porque eu penso que a vida dele podia ser diferente (...).”</p>	F6, F7.
Familiar sente preocupação no cuidado da pessoa com transtorno mental	<p>F4: “Ah sim preocupante, porque meus filhos casados falam ah mãe deixa a X aí e vai se divertir, quando dá para eu ir no baile da terceira da idade eu vou e quando não dá não vou, é assim.”</p> <p>F6: “(...) assim né, hoje ela tá um pouquinho melhor eu monitoro assim mais é em casa assim sabe não podia ter tanta preocupação. Então as vezes minha cabeça tá mais nela (...).as vezes de preocupação (...).”</p>	F4, F5, F6.
Familiar não sabe explicar o que sente pelo ato de cuidar	F8: “Nem sei dizer....De tudo um pouco, num sei dizer não.”	F8.
Categorias		
A satisfação dos familiares pelo cuidado em Saúde Mental.		
O sofrimento dos familiares no cuidado em Saúde Mental.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O aspecto subjetivo do cuidado familiar refere-se à percepção do familiar/cuidador sobre a situação do transtorno mental, envolvendo ainda a sua reação emocional, atribuída ao ato de cuidar em si. Esse aspecto refere-se ao grau em que os familiares percebem os comportamentos ou a dependência da pessoa com transtorno mental com uma variada fonte de pensamentos e sentimentos, os quais podem ser positivos ou negativos, ou ambos, apresentando inclusive ambivalência nesse sentimento. Identifica-se entre os sujeitos duas categorias que envolvem o sentimento pelo cuidado, as quais foram:

a) A satisfação dos familiares pelo cuidado em Saúde Mental: apesar das dificuldades no complexo ato do cuidado em Saúde Mental, percebe-se que quatro dos familiares se sentem bem em exercer o cuidado, sentindo satisfação com isso. Nesse sentido, Brito (2002), chama atenção para se considerar aspectos satisfatórios e gratificantes da situação de prestar cuidados a um familiar, pois, dependendo da história de relacionamento afetivo que o cuidador tem com a pessoa com transtorno mental, a situação de cuidados pode ser vivenciada com satisfação. Em outras situações, os elementos gratificantes relacionam-se com o sentimento de estar cumprindo um dever moral ou de estar retribuindo cuidados ou carinho recebidos no passado e até pelo reconhecimento que os outros expressam acerca do seu desempenho;

b) O sofrimento dos familiares no cuidado em Saúde Mental: os sentimentos que envolvem o ato de cuidar também demonstram o sofrimento do familiar/cuidador. Dessa forma, identifica-se com prevalência o sentimento de tristeza e preocupação. Para Schein e Boeckel (2012), a sobrecarga subjetiva é sentida pelos cuidadores de maneira significativa, especialmente no que se refere às preocupações com os usuários, pois os sentimentos são sentidos e avaliados de modo intenso. Além disso, cada cuidador tem uma forma particular de vivenciar a experiência do cuidado em Saúde Mental.

Ressalta-se que expressar o seu sentimento sobre o ato de cuidar nem sempre é uma tarefa fácil para o familiar, como se observa na fala do F8 (“Nem sei dizer...De tudo um pouco, num sei dizer não.”).

Além da sobrecarga subjetiva, as famílias também podem apresentar sobrecarga social, devido aos encargos decorrentes do cuidado familiar, prejudicando sua vida na convivência com outras pessoas e nas atividades de lazer. Por isso, buscou-se saber entre os sujeitos da pesquisa se é como eles sofrem impacto social, conforme quadro analítico a seguir:

Quadro 15: Núcleos de sentido e categorias referente ao impacto social do cuidado familiar

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Familiar deixa de ter lazer devido o encargo do cuidado em Saúde Mental	F1: “Sim por que eu ia a muitos lugares e eu deixei de ir por causa dele”. F3: “(...) não a não ser quando ela tem aquelas crises”. F4: “Eu deixo. Um amigo meio doente eu marco de ir lá naquele dia, às vezes no outro, aí eu acordo e vejo que ela está meio assim preocupada, com alguma coisa, ou meia nervosa com os meninos eu pego e já não vou.”	F1, F3, F4, F6, F7, F8, F9.

	<p>F6: “Eu não tinha assim, como se fala sossego. Tipo assim eu não tinha um momento de lazer, eu vou sentar eu vou fazer isso em tal lugar, eu gosto de toma um tererê assim final da tarde assim sabe, não tinha mais tempo pra nada assim sabe.”</p> <p>F9: “É impede sim, impede um pouco até pelo fato de, que nem assim, de bebida alcoólica, você sair e querer beber alguma coisa eu penso: não, melhor não, porque né pode despertar nele uma vontade de tomar álcool então eu já evito todas essas coisas.”</p>	
Familiar se afasta de amigos e/ou família junto com a pessoa com transtorno mental	<p>F1: “ele só tem eu se sair de casa e deixar ele sozinho eu me sinto culpada, é culpa por deixar ele em casa, daí eu me afastei.”</p> <p>F2: “Sim, então o X às vezes não pensa no que fala, o gênio dele, é nervoso, o que tem que falar ele fala...a família dele se afastaram. E a minha família também não gosta dele por ele ser assim. Amigos ele não tem”.</p> <p>F5: “Ah afeta né, a família se isola”.</p> <p>F8: “O vínculo de amizade afetou bastante, se afastou né, por causa dela né, qui ela é muito ruim, mete a boca, fala qualquer coisa alí ela já mete a boca, então bastante pessoas se afastou. Daí, até meus irmãos também se afastaram também. (...) não quer que eu vá casa de meus irmãos. Pra saí nós também num sai, por causa que ela também, se nós sai, se vai num baile, ela fala que to olhando pra outras mulher, já começa também brigar. Daí falei de hoje em diante nós não sai mais (..)’.</p>	F1, F2, F5, F8.
Categoria		
O cuidado em saúde mental prejudica a convivência social do familiar/cuidador.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A relação do familiar/cuidador com a pessoa com transtorno mental, por vezes, é tensa, pois a família, como grupo de convivência, requer de seus integrantes a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmica interna. E nesse complexo ato de cuidar, muitos familiares acabam prejudicando sua convivência social. Nesse sentido, identifica-se na pesquisa uma categoria que sintetiza esse ponto: O cuidado em saúde mental prejudica a convivência social do familiar/cuidador. Tal categoria se subdivide em dois núcleos de sentido, os quais são:

a) Familiar deixa de ter lazer devido ao encargo do cuidado em Saúde Mental: percebe-

se que os familiares, que executam o cuidado direto à pessoa com transtorno mental, constantemente ou em algum momento, deixam de realizar atividades de lazer, tendo inclusive, alguns que se isolam no ambiente doméstico, juntamente com a pessoa com transtorno mental. Como destacam Eloia et al. (2014), “Mudanças no cotidiano familiar podem ocorrer quando há presença de familiar com transtorno mental, no que diz respeito à vida social, ao lazer, à relação afetiva entre os membros da família, à rotina doméstica e às finanças [...].” (ELOIA et al., 2014, p. 997);

b) Familiar se afasta de amigos e/ou família juntamente/ com a pessoa com transtorno mental: verifica-se que famílias e amigos se afastam da pessoa com transtorno mental e, conseqüentemente, do seu cuidador, devido ao comportamento alterado que às vezes a pessoa com transtorno mental apresenta, o que é resultado de uma sociedade que tem dificuldade de conviver com as diferenças, gerando exclusão social. No caso da loucura, Szazz (1978) analisa que o processo de exclusão foi efetivado pela hospitalização, pelo surgimento da psiquiatria e dos psiquiatras, os quais passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. É importante ressaltar que isso ocorreu num clima de necessidade de produção exigido pelo sistema capitalista, que enfatiza a normalidade e a produtividade. Dessa forma, a exclusão atinge a pessoa com transtorno mental, ficando claro na fala dos familiares que eles sofrem esse processo de exclusão, por serem familiares/cuidadores.

Como discutido na primeira seção desta pesquisa, a história da loucura é perpassada por várias tensões, num processo não linear, e como resquício do período hospitalocêntrico, em que “os loucos” foram isolados nos hospitais psiquiátricos, a sociedade na atualidade, ainda apresenta dificuldades em compreender e conviver com as pessoas com transtorno mental, e esse preconceito se estende aos membros familiares, em especial ao cuidador direto.

A relação entre família e transtorno mental é perpassada por várias facetas, e uma das questões que impacta nessa relação é a sobrecarga econômica. Como discutido nos dados socioeconômicos, as pessoas com transtorno mental participantes da pesquisa, em sua maioria, não estão inseridas no mercado de trabalho, bem como alguns familiares/cuidadores, e as rendas familiares são relativamente deficitárias. Diante desse contexto e das várias demandas que o cuidado em Saúde Mental requer, investigou-se os impactos econômicos a que as famílias da presente pesquisa estão sujeitas. Segue quadro analítico:

QUADRO 16: Núcleos de sentido e categoria referente ao impacto econômico do cuidado familiar

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Impacto econômico devido aos gastos com tratamento de saúde	<p>F3: “Tivemos, bastante gasto com consulta, remédios, viagens, mais dividas, não.”</p> <p>F4: “Ah sim, logo quando começou tinha que ver ela quando tava internada, levar as coisinhas pra ela, tinha que comprar assim as coisas que pedia lá do hospital, tinha as vezes as coisas mais as vezes tinha que comprar, a gente levando de casa, as veze sabonete presto barba, tinha de levar papel higiênico, as vezes roupa, que nem quando ela ficou em Umuarama era meio friozinho, comprei meia, assim calca de moletom, ai tinha bastante gasto.”</p> <p>F5: “Agora gasto, nós gastamo, a gente vendeu até um carro para cuidar dele. A lojinha gente trocou por um carrinho que ajudou muito, carro que a gente levava ele para Umuarama, Cascavel, só que vai desgastando. (...) Gastava, daí chegou uma época que não deu mais porque acabou o dinheiro.”</p> <p>F8 “Tem, mais gastos, por conta da medicação dela né. Vem tudo né, vem aluguel, vem medicação. Tem mês que gasta um monte só di remédio pra ela. (...) Só eu trabalho.”</p>	F1, F3, F4, F5, F6, F8.
Familiar deixa de trabalhar impactando no aspecto financeiro da família	F9: “É, eu assim na verdade, se eu pegar um emprego que eu... porque o X assim, ele tá lá em casa, ele tá lá, só que eu tinha tentado começar a trabalhar,(...) e daí nos dias que eu saia para trabalhar, ficava o dia inteiro fora, daí ele começava a fazer tanta coisa lá em casa, parece que dá uma insegurança nele (..) ficar sozinho, parece que dá medo (...).”	F9.
Pessoa com transtorno mental tem dificuldades com questão financeira	<p>F2: “Ele já fez muitos negócios errados e tem gente que por causa do problema dele se aproveitava. Então já teve muito gasto fora do orçamento que não tinha necessidade de fazer. Como diz o ditado dinheiro jogado fora. Mas hoje eu to mais em cima...isso foi mais no passado. Agora ele ta me dando mais ouvidos, escutando mais o que eu falo. Mas já tive sim prejuízos financeiros devido a doença dele.”</p> <p>F4: “Hi minha filha é o que ela faz, ela pega o dinheiro dela, salário dela a hora que ela chega em casa só chega com algum dinheiro, mais eu não ei compra, de certo as coisas que não precisa comprar (...).”</p> <p>F7: “Sim. Perdeu dinheiro.. tudo que ele tinha.. por conta da bebida.. da separação...”</p>	F2, F3, F4, F7.
Categoria		
O cuidado em saúde mental gera sobrecarga financeira.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

A convivência da família com uma pessoa com transtorno mental altera seus costumes e hábitos, assim, deve-se levar em consideração as sobrecargas que a família pode apresentar. A sobrecarga familiar é definida como o impacto causado no meio familiar pela convivência com a pessoa com transtorno mental, envolvendo dentre outros aspectos, os econômicos. Nesse sentido, verifica-se que os sujeitos da pesquisa apresentam sobrecarga financeira no cuidado em Saúde Mental. Tal categoria pode ser explicada a partir dos seguintes núcleos de sentidos:

a) Impacto econômico devido aos gastos com tratamento de saúde: percebe-se que as famílias tiveram prejuízos financeiros, devido ao tratamento de saúde mental de seu familiar com transtorno mental. Em alguns momentos, por ser o tratamento particular, em outros porque o SUS apresenta fragilidades. Todavia, identifica-se um avanço na Reforma Psiquiátrica, pois muitos demonstraram que agora não precisam ir para outra cidade para fazer tratamento e que o CAPS oferece os recursos necessários;

b) Familiar deixa de trabalhar impactando no aspecto financeiro: identifica-se que um familiar, nesse item, relatou que não exerce atividade laborativa para poder realizar o cuidado familiar em Saúde Mental. Em outras questões também se identifica essa sobrecarga por parte dos cuidadores (Quadro Analítico -10, no item: O cuidado familiar em Saúde Mental prejudica atividades de trabalho. Exemplos de fragmentos das falas: F5: “Interferiu bastante, a gente podia fazer mais coisa, ter mais coisa, trabalhar, meu sonho é estudar”; F9: “Sim, aham, não me profissionalizei. ”);

c) Pessoa com transtorno mental tem dificuldades com questão financeira: evidencia-se que as pessoas com transtorno mental apresentam dificuldades na administração do dinheiro, acarretando prejuízo financeiro. Percebe-se, nos fragmentos das falas, que a família relata sobrecarga econômica, tendo em vista algumas atitudes da pessoa com transtorno mental, tais como: dificuldades em gerir seu salário; “negócios errados”; perdas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

De acordo com Gomes e Mello (2012), a família costuma sentir sobrecarga financeira, considerando a incapacidade produtiva como um dos sintomas da doença, ou seja, a pessoa adoecida deixa de trabalhar, ocorrendo aumento dos gastos para o principal cuidador, resultante da compra de medicamentos, alimentação e outros gastos que geram alteração no orçamento familiar.

Outra forma de sobrecarga que a família pode apresentar é o impacto emocional, pois o sofrimento psíquico não atinge somente a pessoa com transtorno mental, também se estende à família e principalmente ao familiar/cuidador. Nesse intuito, também se verificou essa sobrecarga na pesquisa, de acordo com o quadro analítico a seguir:

Quadro 17: Núcleos de sentido e categoria referente ao impacto emocional do cuidado familiar

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
A convivência com uma pessoa com transtorno mental na família afeta o aspecto emocional e gera tristeza	<p>F3: “Ah eu sinto as vezes (tristeza). Geralmente quando ela não tá bem.”</p> <p>F5: “Afeta, afeta ...afeta o emocional, o corpo, o modo de agir, até o modo de conversar... a gente já se explode, é que a gente tá carregada já.”</p> <p>F6: “Tem muitas coisas assim as vezes tristeza tipo assim, não pelo fato dela tipo assim, as vezes tristeza por ela assim sabe.”</p> <p>F9: “É eu tenho assim tristeza, porque eles eram crianças sadias né, assim, cresceu sadio assim, depois né, daí a gente.”</p>	F2, F3, F5, F6, F8, F9.
O familiar cuidador apresenta sentimento de culpa	<p>F1: “(...) conversei com a psicóloga sobre isso, a gente não pode ter culpa mas eu tenho, então aquele sentimento de culpa ta na gente né, sempre o tempo inteiro, eu olho pra ele e penso onde foi que eu errei. A psicóloga já me falou que eu não posso mas eu penso. Isso tem que ser um trabalho diário na minha mente né.”</p> <p>F4: “Um pouco eu tenho culpa, mas eu tinha que trabalhar para tratar doseis”.</p> <p>F9: “Não bem de culpa, mas eu acho assim que tem coisas que eu podia ter feito melhor, que nem o parto dele, eu acho que o parto dele foi um parto muito assim, que pode ter gerado uma coisa.”</p>	F1, F4, F9.
O familiar/cuidador tem vergonha do comportamento da pessoa com transtorno mental	<p>F2: “Sim, eu sou sincera... porque agora não... mas a higiene pessoal neh.. se sabe... a pessoa tem um cheiro de suor forte, né... eu sou sincera já senti vergonha sim. Por esse jeito dele de falar alto... e as vezes tem uma pessoa na fila do banco olhando pra ele já implica com a pessoa sabe (...).”</p>	F2.
Categoria		
A convivência com uma pessoa com transtorno mental gera sobrecarga emocional.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Frente aos rebatimentos do transtorno mental, a família vivencia uma série de sentimentos e emoções que são difíceis de se elaborar e entender. Isso evidencia o sofrimento psíquico a que os familiares também estão sujeitos. Não obstante, esse sofrimento varia conforme a individualidade de cada família e da sua inserção social. Diante desse contexto,

verifica-se que os familiares pesquisados, cada um em sua particularidade, apresentam sobrecarga emocional. Essa sobrecarga se manifesta principalmente nos sentimentos de tristeza, culpa e vergonha, conforme os seguintes núcleos de sentido:

a) A convivência com uma pessoa com transtorno mental na família afeta o aspecto emocional e gera tristeza: identifica-se o fato de se ter uma pessoa com transtorno mental no ambiente familiar como um evento inesperado, que gera uma quebra de expectativas de vida, o que acarreta um abalo e sofrimento emocional e um sentimento de tristeza no familiar cuidador. O sofrimento se torna extensivo à família;

b) O familiar cuidador apresenta sentimento de culpa: verifica-se também o sentimento de culpa em alguns familiares, que normalmente são mães da pessoa com transtorno mental. Isso se justifica pela questão de gênero, pois as mulheres, devido aos valores do maternalismo, inculcem a responsabilização pelo cuidado dos filhos, sentindo-se culpada com a “doença” e pensando “(...) onde foi que eu errei” (F1) ou que “(...) tem coisas que eu podia ter feito melhor” (F9). Conforme Rosa (2008), há uma feminização do encargo de assistir a pessoa com transtorno mental deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, para familiares doentes ou não;

c) O familiar/cuidador tem vergonha do comportamento da pessoa com transtorno mental: um familiar relatou ter vergonha do comportamento da pessoa com transtorno mental, devido à falta de cuidado com higiene e comportamento alterado. Esses sentimentos de abalo emocional, além de serem consequência da complexidade da convivência e do cuidado de um familiar com transtorno mental, também refletem a importância de as famílias receberem suporte dos serviços de Saúde e Saúde Mental.

Segundo Schein e Boeckel (2012), o sofrimento experienciado pelas famílias, diante dos constantes momentos de tensão e restrições em suas vidas sociais, pode provocar sentimentos de culpa, raiva, desamparo, tristeza, solidão e vergonha por terem que exercer a função de cuidadoras. As vivências de instabilidade e os conflitos nas relações familiares, a preocupação e o medo das agressões, tentativas de suicídio, recaídas e os sentimentos de impotência por não saberem como agir com o usuário, mostram a necessidade dessas famílias serem objeto de intervenção e acompanhamento dos serviços de Saúde Mental.

A partir da compreensão sobre essas diversas formas de sobrecarga que a família de uma pessoa com transtorno mental pode enfrentar, investigou-se quais as maiores dificuldades no convívio com uma pessoa com transtorno mental, com o intuito de se compreender como os

familiares percebem essa condição de sobrecarga familiar. As informações constam no Quadro 18.

Quadro 18: Núcleos de sentido e categoria referente as dificuldades no convívio com uma pessoa com transtorno mental

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
A dificuldade de comunicação com a pessoa com transtorno mental	F1: “Conversar com essa pessoa, por que ... eu não sei se todos né, mas o X é uma pessoa muito fechada (...) então é muito difícil conversar com uma pessoa e saber o que ela tá sentindo, saber o que você pode ajudar o que você pode fazer pra melhorar o estado daquela pessoa, o que que você pode fazer nesse momento pra dar um animo nessa pessoa, você não sabe porque a pessoa não fala, o X não me fala nada nunca, nem o que ele tá sentindo nada.”	F1.
A dificuldade familiar com as crises da pessoa com transtorno mental	F6: “Então o mais difícil é o período de crise assim sabe e foi nesses dias que ela ficou internada, fiquei eu e ele tive que acordar cedo, tive que leva ele pra creche, ir pro serviço e aí saia correndo do serviço pega ele chega em casa da banho.” F8: “A parti mais difícil é quando ela tem as crises dela, mais se ela não tiver as crises, vive bem.”	F6, F7, F8.
A dificuldade em lidar com os comportamentos <i>não-convencionais</i> da pessoa com transtorno mental	F2: “O gênio dele ne... as vezes ele tá mais bem humorado...é bipolar que fala ne... as vezes tá bem humorado... as vezes tá triste. Tem dia que tá alegre tem dia que tá triste e o que deixa ele feliz é cantar. (...) Mas a teimosia e quando ele tá estressado...ele já me agrediu fisicamente, xinga muito.. verbalmente ne...agora não. (...) Depois que ele começou fazer tratamento ele não teve crises de quebrar coisas ... só esses nervosismos mesmo.” F5: “O mais difícil é seguir sem o respaldo do que a gente quer que seja, que X vamos organizar as coisas, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo (...) Mas não tem jeito, o tempo todo a cabeça trabalhando, se ele vai para o banheiro demora a gente vai lá, se ele dorme um pouquinho a mais tem que ir lá ver se tá tudo bem, preocupada porque ele nunca dorme até tarde né. É uma preocupação porque é filho né mesmo tempo que sofre aí a gente fica preocupada. Porque ele toma remédio controlado vai que dorme não acorda mais daí eu vejo que ele tá respirando né preocupação de mãe.”	F2, F4, F5, F7.
A dificuldade familiar com o tratamento medicamentoso	F9: “Eu acho que é correr atrás dos remédios. É muito assim seguido, daí tem que pegar receita desse, tem que pegar receita daquela, daí tem que levar... assim, hoje na minha situação de distância e coisa, é o mais difícil é essa medicação né”	F9.

	Categoria	
Dificuldades e demandas do cuidado familiar em Saúde Mental.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Os discursos das famílias evidenciaram que o cuidar da pessoa com transtorno mental é uma tarefa complexa, que apresenta várias dificuldades. Evidencia-se a seguinte categoria de análise: Dificuldades e demandas do cuidado familiar em Saúde Mental. Essas demandas do cuidado são traduzidas a partir de várias dificuldades, as quais são:

- A dificuldade de comunicação com a pessoa com transtorno mental: percebe-se a dificuldade do familiar em comunicar-se com a pessoa com transtorno mental devido ao quadro que ela apresenta, bem como de entender e agir frente ao transtorno mental. Conforme Pereira e Pereira Junior (2003), a dificuldade de comunicação e de interação gera impotência diante deste descompasso que infringe o convencional, e produz inúmeros desgastes relacionais entre as pessoas envolvidas no interior da família;

- A dificuldade familiar com as crises da pessoa com transtorno mental: identifica-se que uma das grandes dificuldades das famílias é lidar com os momentos de crise da pessoa com transtorno mental, pois estas geram grandes conflitos e abalos. Segundo Estevam et al. (2011), além das dificuldades enfrentadas pelo indivíduo, a família também enfrenta situações de instabilidade, diante da imprevisibilidade de suas ações e da convivência com a expectativa de que uma nova crise pode surgir a qualquer momento;

- A dificuldade em lidar com os comportamentos *não convencionais* da pessoa com transtorno mental: verifica-se que os familiares/cuidadores têm dificuldades no cotidiano com os comportamentos não convencionais da pessoa com transtorno mental, que apresenta insegurança, risco e medo. É reconhecida a dificuldade da família para conviver com o doente mental, e, muitas vezes, isso se deve ao fato de não terem conhecimento sobre a doença ou mesmo sobre os sintomas por ela apresentados (NASI et al., 2004);

- A dificuldade familiar com o tratamento medicamentoso: entende-se que o cuidado familiar em Saúde Mental exige uma série de demandas e uma delas é o tratamento medicamentoso, que ainda é muito incidente nos serviços extra hospitalares (como verificado anteriormente). Dessa forma, mesmo que a pessoa com transtorno mental apresente estabilidade no quadro, os encargos do cuidado são constantes e frequentes por parte do cuidador. Mesmo o usuário aderindo ao tratamento e respondendo positivamente às intervenções, a sobrecarga continua presente e prejudica a saúde do cuidador (SCHEIN; BOECKEL, 2012).

Tendo em vista o compromisso com a liberdade de expressão, para finalizar as análises sobre o objeto de pesquisa, discutem-se os comentários finais traçados pelos familiares entrevistados, como expressão do que sentem e como convivem cotidianamente com a complexa realidade do cuidado em Saúde Mental. Esses dados constam no quadro 19.

Quadro 19: Núcleos de sentido e categoria referente os comentários finais traçados pelos familiares entrevistados

Núcleos de Sentido	Exemplos de falas que expressam o núcleo de sentido	Familiar
Preconceito com o transtorno mental e o CAPS	F1: “Eu tinha preconceito, primeiro dia que a W veio aqui ela falou mãe eu tô indo lá no CAPS, o que é que é isso... ah é isso, isso e isso, ah eu não vou junto não, nossa que lugar deve ser aquele a gente pensa, isso preconceito, eu tinha preconceito, todo mundo tem preconceito.”	F1.
CAPS desenvolve trabalho com a família da pessoa com transtorno mental	F6: “Mais assim aqui pelo menos eu não vejo o trabalho assim em relação família, tipo assim a família uma carta sobre o paciente, como ele se comporta em casa, ou chama uma vez por mês um responsável, uma vez por semana ou a cada quinze dias passa o relatório dele, assim desse jeito”.	F6, F9.
Importância do CAPS para família	F2: “Então vou falar do CAPS, é muito importante porque ajuda bastante o paciente... ajuda a família né... igual eu tô aqui... desabafei com você coisas que eu não comento com ninguém.”	F2.
Sofrimento do familiar/cuidador devido à pessoa com transtorno mental	F2: “Na verdade eu nem podia trabalhar, eu tinha que ficar o dia inteiro cuidando dele. Mas quem aguenta fica com ele o dia inteiro... e também eu tinha que aumentar a renda porque só a renda dele não dá.” (...)Eu praticamente, vou ser bem sincera com a senhora eu não tenho, uma vida.. um relacionamento normal como outra mulher tem. Ele não é companheiro pra cama, ele não é companheiro pra diálogo, ele não é companheiro pra passeio... sabe, sai come um lanche, uma pizza, não. Só se for um almoço assim, ele vai, mas tem que ta pedindo muito pra ele. Ele não é assim uma pessoa... como posso dizer...assim com a família. Ele é um homem mais no canto dele. (...) fiquei um cinco ou seis anos na depressão.”	F2.
Que a pessoa com transtorno mental continue bem	F3: “Tá tudo bom, e a gente espera que ela continue”	F3.
Sem comentários		F4, F5, F7, F8.
Categorias		

Considerações sobre o CAPS e o tratamento da pessoa com transtorno mental.
--

Considerações sobre o cuidado da pessoa com transtorno mental.
--

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Expressar o que se sente não é uma tarefa fácil, principalmente em uma cultura que não estimula o processo participativo, mas, apesar dessa dificuldade, puderam ser levantadas diversas expressões da relação entre a família e a pessoa com transtorno mental, a partir da livre exposição dos pensamentos por parte dos entrevistados. Com isso, pôde-se construir duas categorias de análise:

a) Considerações sobre o CAPS e o tratamento da pessoa com transtorno mental: dentre os diversos comentários feitos, houve familiar que externalizou que tinha preconceito com o CAPS antes de seu filho iniciar o tratamento. Isso pode representar a dificuldade que a sociedade tem em entender o transtorno mental e os serviços que realizam o atendimento. Também, identifica-se que dois familiares expressaram a necessidade do CAPS realizar trabalho também com a família, devido às suas angústias e às suas dificuldades na política do cuidado. Para Grandin e Waidman (2011), a família tem fundamental importância para o tratamento da pessoa com transtorno mental; porém, entende-se que a convivência com a pessoa com transtorno mental no domicílio é difícil, pois envolve muitas questões, como: o preconceito e o descrédito e os efeitos colaterais dos medicamentos;

b) Considerações sobre o cuidado da pessoa com transtorno mental: constata-se que um familiar expressou a intensidade do seu sofrimento na vida cotidiana, e que a convivência é permeada por perdas e abalos, tendo como consequência inclusive um quadro grave de Depressão na cuidadora. Outro familiar relatou o desejo que a pessoa com transtorno mental permanecesse estável, para o bem-estar de todos da família. Com isso, nota-se que o sofrimento psíquico não atinge somente a pessoa com transtorno mental, mas sim a toda família com peso maior para o cuidador. De acordo com Pereira e Pereira Jr. (2003), a partir da convivência com a pessoa com transtorno mental a rotina dos membros da família é alterada, em especial no que tange ao cuidador mais próximo.

Em síntese, no Eixo Temático: “*Dados de impacto na convivência familiar*”, foram evidenciadas as seguintes categorias:

1. Sobrecarga objetiva e subjetiva de familiares de pessoas com transtorno mental;
2. O cuidado de saúde mental, compartilhado entre a família;
3. O familiar/ cuidador sobrecarregado com as demandas do cuidado;
4. O transtorno mental como alterações do cotidiano familiar;

5. Os esforços familiares na política do cuidado em saúde mental;
6. Familiar com preocupação com o futuro da pessoa com transtorno mental;
7. Familiar preocupado com as várias facetas do cuidado;
8. A satisfação dos familiares pelo cuidado em saúde mental;
9. O sofrimento dos familiares no cuidado em saúde mental;
10. O cuidado em saúde mental prejudica a convivência social do familiar/cuidador;
11. O cuidado em saúde mental gera sobrecarga financeira;
12. A convivência com uma pessoa com transtorno mental gera sobrecarga emocional;
13. Dificuldades e demandas do cuidado familiar em Saúde Mental;
14. Considerações sobre o CAPS e o tratamento da pessoa com transtorno mental;
15. Considerações sobre o cuidado da pessoa com transtorno mental.

Com a reforma psiquiátrica, a família passa a ter um envolvimento afetivo e social fundamental para o tratamento do transtorno mental e para a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Entretanto, reconhecem-se as dificuldades do cuidado e de se estabelecer estratégias que possam suprir a complexidade desse paradigma. O cuidado é, de alguma forma, atribuído a pessoas, por vezes, ainda não adaptadas e não preparadas a essa nova situação.

O discurso dos familiares/cuidadores revela que as mudanças advindas do cuidado podem ter rebatimentos negativos nas suas vidas, impactando em seu cotidiano e resultando em sobrecarga ao cuidador e à família em geral. Devem ser feitas propostas no sentido de se “cuidar do cuidador”, para que esse possa continuar exercendo sua função com um desgaste menor, melhorando tanto sua própria qualidade de vida, quanto a daquele que é cuidado. Considerando a integralidade da Saúde, prevista como um dos princípios fundamentais do SUS, pode-se afirmar que cuidar do bem-estar de uma pessoa com transtorno mental inclui, também, zelar pelo seu cuidador. Nesse sentido,

A reforma psiquiátrica brasileira traz imensas contribuições na forma de conceber e perceber a família no contexto do cuidado em saúde mental. Antes de sua implementação, a forma de tratamento disponível para as pessoas em sofrimento psíquico era baseada no isolamento e na exclusão, sendo os sujeitos privados do contato com sua família e com a sociedade. Não havia investimentos na mobilização das famílias como participantes importantes no tratamento, já que o indivíduo era visto de maneira isolada e como doente. (BRASIL, 2013, p. 63-64).

A Reforma Psiquiátrica, na condição de um processo de tensões e contradições, as quais permeiam a própria sociedade capitalista, tem suas fragilidades; entretanto, ela não deixa de ser

uma proposta importantíssima para a construção de novas formas de cuidado e novas relações entre Família/Usuário/Serviços. Apesar dessa importância, é latente nos discursos dos familiares a família como agente privado de proteção social, ao assumir funções de proteção que o Estado deveria exercer, evidenciando-se uma família sobrecarregada com as demandas do cuidado. Tem-se, com isso, uma clara tendência – assim como em outras políticas e também na Política de Atenção à Saúde Mental – à materialização de uma Política Social Familista, que tem como sustentação a ideologia da responsabilização familiar, como uma estratégia de desresponsabilização do Estado. Com o neoliberalismo, o Estado compartilha com a sociedade civil suas responsabilidades, e a família cada vez mais assume a função protetiva dos seus membros e, conforme se verificou na pesquisa, sem o devido suporte dos serviços de Saúde Mental.

3.3 OS REBATIMENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA REVELADOS PELOS FAMILIARES DOS CAPS I DA 20ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

A partir dos dados coletados na pesquisa empírica e da análise realizada sobre eles até aqui, pôde-se, nesse momento, traçar algumas considerações sobre os resultados obtidos na pesquisa, no sentido de sintetizá-los e de relacioná-los como objeto de estudo da família na Política de Saúde Mental e os rebatimentos e impactos gerados pelo cuidado em Saúde Mental. Essas considerações se estruturam a partir dos objetivos específicos da presente pesquisa.

Primeiramente, faz-se uma síntese do perfil socioeconômico das pessoas com transtorno mentais dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná e seus familiares. Com relação às pessoas com transtorno mental, sujeitos indiretos da pesquisa, identifica-se que a maioria (cinco pessoas) são solteiros, não tendo um parceiro conjugal; no quesito gênero não se percebe uma diferença significativa, sendo quatro mulheres e cinco homens; quanto à faixa etária a maior prevalência está na faixa etária de 20 a 30 anos (três pessoas) e entre 51 e 60 anos (três pessoas); referente à escolaridade, o maior índice (quatro pessoas) é de pessoas com transtorno mental com ensino fundamental incompleto (EFI). Sobre as questões trabalhistas, oito pessoas não exercem atividade laborativa; as profissões relatadas foram: ACS; Costureiro(a); Contador(a); Corretor(a) de Imóveis; Metalúrgico(a) e Motorista; na relação transtorno mental e trabalho, o que chama atenção na pesquisa é que quatro pessoas pararam de trabalhar devido ao transtorno e quatro nunca trabalharam, devido ao fato da maioria (oito pessoas) não trabalhar, identifica-se que sete pessoas recebem Benefício Previdenciário/Assistencial, e desses três recebem o

BPC. No tocante às questões de Saúde Mental, quatro pessoas ficaram internadas em Hospitais Psiquiátricos, quatro nunca tiveram a experiência do internamento psiquiátrico e uma pessoa ficou internada em Hospital Psiquiátrico e Comunidade Terapêutica. Dos que ficaram internados, a quantidade de internamento variou de 1 a 16 vezes; já quanto ao período de internação, constata-se que foi de 15 a 90 dias. Com relação aos tipos de transtornos que os sujeitos indiretos da pesquisa apresentam, identifica-se uma alta prevalência de transtorno mentais (sete pessoas) e uma pessoa com transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas e uma pessoa com os dois transtornos associados (mental e drogas). Desses, os familiares relatam que quatro têm Depressão, dois têm TAB, dois têm Esquizofrenia, um alcoolismo e um transtorno decorrente do uso de múltiplas drogas. Das nove pessoas pesquisadas, em cinco o transtorno mental apareceu pela primeira vez entre 10 e 20 anos de idade. No quesito outras doenças clínicas, sei pessoas apresentam outros problemas de saúde, fora o transtorno mental e, destas, o maior índice é a Hipertensão (quatro pessoas) e Diabetes (três pessoas).

Os resultados dos dados socioeconômicos das pessoas com transtorno mental revelam seu perfil, bem como dados importantes de análise, destacando-se duas considerações. A primeira, que as alterações comportamentais do transtorno mental e a dificuldades da sociedade em lidar com o “diferente”, ou seja a exclusão social, interfere na vida dessas pessoas com transtorno mental, haja vista, a maioria não ter um parceiro conjugal, ter uma baixa escolaridade, e não estar inserida no mercado de trabalho. Nesse sentido, concorda-se com Wanderley (2002), que ressalta que a exclusão engloba, além da discriminação, a subalternidade, a não-equidade, a não-acessibilidade. A segunda consideração relaciona-se ao índice de internamento psiquiátrico, o qual, mesmo com os serviços substitutivos, ainda é elevado; entretanto, percebe-se uma diminuição considerável do período de internação (de 15 a 90 dias) em comparação com período anterior à Reforma Psiquiátrica, haja vista que muitas pessoas acabavam “morando” no Hospital Psiquiátrico antes dela. A nova lei de Saúde Mental (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) determina que a internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem esgotados; contudo, os dados demonstram que os serviços substitutivos permanecem utilizando-se do recurso da internação psiquiátrica. No Brasil, apesar de a abrangência do cuidado ter sido ampliada com a implantação de estruturas intermediárias entre a internação e o ambulatório, o conjunto de instrumentos disponíveis ainda é insuficiente (BRASIL, 2005).

No tocante ao perfil dos familiares das pessoas com transtorno mental, sujeitos direto da pesquisa, identifica-se que a maioria (cinco familiares) está numa união conjugal, sendo três

casados e dois em união estável; quanto ao sexo dos familiares/cuidadores, percebe-se um alto índice do sexo feminino (sete familiares). No quesito faixa etária identifica-se maior prevalência (seis familiares) na faixa etária dos 41 aos 60 anos. Referente ao vínculo de parentesco dos familiares com a pessoa com transtorno mental, constata-se que a maioria (cinco familiares) é mãe da pessoa com transtorno mental. No tocante à escolarização, identifica-se a maior prevalência para Ensino Fundamental Incompleto (três familiares) e Ensino Médio Completo (três familiares). No que concerne às questões trabalhistas dos familiares pesquisados, verifica-se que cinco familiares têm trabalho informal, três não trabalham e um tem trabalho formal; dos nove familiares, três relatam não ter uma profissão, e dentre os que apresentam uma profissão, as relatadas foram: auxiliar de produção, agricultor(a), contador(a), diarista e pedreiro(a). No quesito moradia, verificou-se que seis familiares residem com a pessoa com transtorno mental, dois moram no mesmo quintal e um não mora com a pessoa com transtorno mental atualmente; quanto à sua situação de moradia, o maior índice é de casa própria (seis famílias) e de alvenaria (cinco famílias). Percebeu-se também que a maioria das famílias (cinco famílias) tem renda de 2 a 3 salários mínimos. E, por fim, verifica-se que a maioria das famílias (seis famílias) é composta de 2 a 4 membros familiares.

A partir dos dados socioeconômicos dos familiares e cuidadores das pessoas com transtorno mental, identifica-se o perfil desses dos familiares/cuidadores. Uma característica é relativa a questão de gênero: os resultados evidenciam que maioria dos familiares/cuidadores é do sexo feminino, sendo a mãe a principal cuidadora da pessoa com transtorno mental. Como se discutiu anteriormente, por questões de gênero, historicamente o cuidado foi delegado às mulheres (ROSA, 2008). Tradicionalmente, cuidar dos indivíduos que possuem alguma incapacidade, principalmente daqueles que fazem parte do círculo familiar, tem sido uma responsabilidade das mulheres. Segundo Batista et al. (2013), a literatura aponta que a maioria dos cuidadores é composta por mulheres, especialmente mães de pessoas doentes e que as consequências negativas concretas e observáveis decorrentes do papel de cuidador atingem mais as mulheres do que os homens.

A partir desses dados, também foram evidenciados os impactos do papel de cuidador, pois os familiares apresentam relativamente baixa escolaridade, o que corrobora com a fala deles sobre deixar de estudar devido as demandas do provimento de cuidados, como expressa os familiares/cuidadoras:

(F5): “Interferiu bastante, a gente podia fazer mais coisa, ter mais coisa, trabalhar, meu sonho é estudar, como que eu vou estudar se eu tô aqui ele tá gritando jogando as coisas fora então eu desisti de tudo, deixei de tudo, até da minha casa eu deixei.”

(F9): “Sim, aham, não me profissionalizei. ”.

(F6): “Afeta o emocional, afeta o sono ce não dorme direito fica preocupado tipo assim, digamos que tipo assim eu tive que trancar meus estudos pra cuidar dela fica perto dela assim sabe. ”

Os dados relativos às questões trabalhistas também vão ao encontro com a sobrecarga relatada pelos familiares, pois, dos que trabalham, a maioria exerce trabalho informal. E o fato de exercer a função protetiva, interfere nas atividades laborativas, como se expressa nas seguintes falas:

(F9): “É, eu assim na verdade, se eu pegar um emprego ... só que eu tinha tentado começar a trabalhar(...) e daí nos dias que eu saia para trabalhar, ficava o dia inteiro fora, daí ele começava a fazer tanta coisa lá em casa, parece que dá uma insegurança (...). ”

(F7): “Já teve que sair do trabalho e meu marido também. ”

Com relação aos dados da renda das famílias, verifica-se *que são relativamente deficitárias*, e essa realidade está relacionada às questões de escolaridade e de trabalho, tanto da pessoa com transtorno mental quanto dos familiares, *o que confirma os impactos econômicos a que as famílias da presente pesquisa estão sujeitas*.

Como um dos objetivos específicos da pesquisa, identifica-se a concepção das famílias sobre os serviços de Saúde Mental, em especial o CAPS, e as ações voltadas para as famílias. Os resultados da pesquisa, referentes ao suporte que o CAPS realiza com as famílias, demonstram que esse é escasso, pois somente três familiares relatam atividades específicas para família e cinco sinalizaram que nunca foram convidados a participar do CAPS. No tocante às crises psíquicas, o CAPS foi sinalizado como recurso que possibilita melhora no quadro psicossocial, sendo tal dado sinalizado por seis familiares. Como forma de implementar atividades do CAPS, no serviço, cinco familiares tiveram dificuldades em fazer proposições, devido à não inserção familiar no serviço. Porém, destaca-se que quatro familiares sugeriram a realização de atividades conjuntas entre a pessoa com transtorno mental e a família. Evidencia-se que todos os familiares relatam que a pessoa com transtorno mental gosta de frequentar o CAPS, devido ao bom atendimento, ao fato de gostarem de realizar as atividades que são ofertadas, como se identifica nas seguintes falas dos familiares:

(F3): “Ela fala que gosta. (...) ela se sente importante. ”

(F7): “Gosta de vir. Não fala porque gosta. ”

Em seus depoimentos, os familiares demonstram satisfação com as ações dos CAPS, como se observa nas seguintes falas:

(F3): “Porque não tem nem comparação o tratamento, porque é...o ambiente que é

totalmente diferente.”

(F1): “(...) então o CAPS já tem de tudo, então a gente chega aqui e já tem de tudo, parece mágica. ”

Ainda no eixo temático “Dados de assistência em Saúde Mental”, constatou-se que nenhum dos familiares conhecia a terminologia “Reforma Psiquiátrica”; entretanto, após uma breve explicação, constatou-se que conhecem o processo à sua maneira, e somente dois familiares citaram a necessidade da internação psiquiátrica. Identifica-se, assim, que a maioria dos familiares não tem uma visão antirreformista. Além disso, o CAPS foi sinalizado como um dispositivo importante da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista as seguintes considerações familiares: cinco familiares relatam que com as mudanças advindas da Reforma Psiquiátrica os atendimentos de Saúde Mental melhoraram; dois familiares relatam que o CAPS fornece suporte financeiro; três familiares que o tratamento no CAPS é melhor que internação psiquiátrica; dois familiares que o CAPS oferece atividades ocupacionais para a pessoa com transtorno mental.

Referente aos atendimentos da Atenção Primária em Saúde e Serviços de Urgência e Emergência, evidenciaram-se familiares com desinformação e preconceito sobre os transtornos mentais. Com relação às atividades do CAPS, mais uma vez percebe-se que os CAPS apresentam insuficiência do trabalho direto com as famílias, dado que dois familiares sinalizam que a família não está incluída nas atividades e dois familiares que o CAPS não realiza orientação familiar sobre transtorno mental. Porém, novamente os familiares demonstram satisfação com o trabalho do CAPS, e oito familiares relatam que o CAPS tem “bom atendimento” (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F9), e sete (F2, F3, F4, F5, F6, F7, F9) afirmam que o CAPS auxilia, indiretamente, no cuidado em Saúde Mental. O CAPS foi sinalizado como auxílio indireto no cuidado, pois não fornece orientação aos familiares sobre a complexa tarefa de cuidar, mas fornece tratamento com melhora do quadro psicossocial da pessoa com transtorno mental. Também se evidencia a sobrecarga familiar, pois cinco familiares, no item atendimento do CAPS, relatam o sofrimento com as demandas cotidianas do cuidado familiar em Saúde Mental. Destaca-se, ainda, que no quesito avaliação do CAPS, os familiares também avaliam o serviço de forma positiva, sendo que oito familiares relatam que o trabalho do CAPS é “bom” (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8).

Dentre as questões levantadas, verificou-se também que todas as pessoas com transtorno mental do estudo fazem tratamento medicamentoso, e, nesse tratamento, três familiares precisam auxiliar seu parente que frequenta o CAPS no uso da medicação, e três têm gastos financeiros com essas medicações. Percebe-se nas falas dos familiares a dificuldades no auxílio

com o tratamento medicamentoso, como se expressa a seguir:

(F9): “Eu acho que é correr atrás dos remédios. É muito assim seguido, daí tem que pegar receita desse, tem que pegar receita daquela, daí tem que levar... assim, hoje na minha situação de distância e coisa, é o mais difícil é essa medicação né.”

(F5): “Ele esconde. Termina de dar, ele vai no banheiro e joga fora. Tem que dar o remédio e ficar uns quinze minutos em volta dele, e espera o remédio derreter. Senão ele joga fora. (...) de manhã é três e de noite é oito. Todo dia, as vezes estão com pressa, mas ficam lá. (...) A noite senão tomá não dorme, daí já começa as crises.”

A partir das análises, identificou-se, também, a concepção dos familiares entrevistados sobre os impactos gerados na organização e convivência familiar, a partir da necessidade do cuidado de um ente com transtornos mental. No eixo temático: “Dados de impacto na convivência familiar”, referente aos impactos do processo de cuidado familiar, evidenciou-se o sofrimento dos familiares/cuidadores por meio das seguintes percepções: seis familiares relatam que o cuidado afetou sua saúde e seu sono; para seis familiares o cuidado impactou no seu emocional; seis familiares apontam que o cuidado prejudicou suas atividades de trabalho; dois familiares indicam que afetou a convivência familiar e o cotidiano; e para seis familiares, o cuidado dificultou as relações sociais e afetivas. Segue algumas falas que expressam essa realidade:

(F1): “Mas não é só o sono, me tornou uma pessoa muito ansiosa.”

(F3): “Mais a gente sofre junto quando as crises, (...) Aí a gente fica triste com ela. (...), mas não tem como a gente não sofre junto.”

(F5): “E acabo não saindo também, pensando nos outros. E é errado né. Eu tenho que dá chance para mim também. Daí não vejo ninguém, não converso com ninguém.”

(F9): “(...) que nem eu arrumar um namorado que eu não consigo, porque eles têm medo dele, assim né (...).”

Com relação à divisão do cuidado no âmbito familiar, constatou-se que o familiar/cuidador está sobrecarregado com as demandas cotidianas do cuidado, pois a maioria dos familiares (5) recebe pouco suporte de outros membros da família ou exerce o cuidado sozinho (2 familiares). Isso é perceptível nas seguintes falas:

(F8): “Só eu. Ela tem irmã e irmão, mais ninguém vai atrás.”

(F9): “Não, eu tenho daí minha filha (...). Ela mora longe, mas ela vem as vezes assim, pra quebrar um galho (...).”

Quanto à convivência com uma pessoa com transtorno mental, fica evidente que essa exige a necessidade de cuidados por parte da família (sete familiares sinalizam esse dado). No

tocante à preocupação do familiar com a pessoa com transtorno mental, identificam-se duas situações: preocupação com o futuro da pessoa e com as várias facetas do cuidado. Quanto aos sentimentos que os familiares expressam por exercer o cuidado, evidencia-se satisfação, tristeza e preocupação.

Com os dados da pesquisa evidenciam-se várias sobrecargas do familiar/cuidador, como a de impacto social, haja vista que os familiares relatam que deixam de ter lazer, se afastam da família e amigos. Além dessa, tem-se a sobrecarga econômica, cujos reflexos se materializam nos gastos financeiros com tratamento de saúde, no familiar que deixa de exercer atividade laborativa, e nos gastos decorrentes da dificuldade de a pessoa com transtorno mental administrar recursos financeiros. Percebe-se, também, impacto emocional sobre o familiar, devido aos sentimentos de tristeza, culpa e vergonha. Seguem fragmentos de falas que expressam o impacto emocional:

(F7): “Triste porque eu penso que a vida dele podia ser diferente (...).”

(F1): “(...) conversei com a psicóloga sobre isso, a gente não pode ter culpa, mas eu tenho, então aquele sentimento de culpa tá na gente né, sempre o tempo inteiro (...).”

Ressalta-se, a partir dos discursos dos familiares, que a convivência com uma pessoa com transtorno mental é permeada por várias dificuldades, tais como: dificuldade de comunicação; dificuldades em lidar com as crises psíquicas; dificuldades em lidar com os comportamentos não-convencionais; dificuldade com o tratamento medicamentoso. As dificuldades podem ser exemplificadas nos seguintes fragmentos de falas dos entrevistados:

(F8): “A parte mais difícil é quando ela tem as crises dela, mais se ela não tiver as crises, vive bem.”

(F2): “Sim, é ele fala muito de morte. As vezes ele tem umas conversar de tirar a vida de alguém...se matar...antes. Agora deu uma diminuída. Mas eu fico meio preocupada sim quando eu tô no serviço.”

(F5): “O mais difícil é seguir sem o respaldo do que a gente quer que seja, que X vamos organizar as coisas, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo.”

Por fim, nos comentários finais, os familiares expressam o que sentem e como convivem com a complexa tarefa do cuidado familiar em Saúde Mental, tais considerações permeiam o trabalho do CAPS, o tratamento e o cuidado da pessoa com transtorno mental.

A partir das análises dos eixos temáticos e das respectivas categorias que foram construídas a partir dos núcleos de sentidos, decorrentes das entrevistas realizadas com os familiares dos CAPSI da 20ª Regional de Saúde do Paraná, apreendeu-se, neste estudo, os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias. Os resultados obtidos revelam que os

CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná apresentam dificuldades em inserir as famílias nas suas atividades; as ações realizadas apresentam-se escassas, considerando o relato dos familiares sobre sua participação no serviço. Percebe-se, assim, uma carência de ações junto à família, que possibilitem a concretização do protagonismo familiar e a diminuição da sobrecarga relativa ao cuidado.

Não se pretende, com isso, culpabilizar as equipes dos CAPS, mas refletir sobre as vulnerabilidades do trabalho junto às famílias nesses serviços. Entretanto, cabe mencionar que os familiares avaliam positivamente o trabalho que o CAPS desenvolve com a pessoa com transtorno mental e relatam a obtenção de certo suporte (nas crises, no financeiro, na disponibilidade de tratamento para família com transtorno mental com melhora no quadro) quando necessitam de atendimento para seu familiar no serviço. Percebe-se, assim, que a família, em parte, dá conta da produção de certas dimensões do cuidado; porém, ela, principalmente o cuidador direto, apresenta notoriamente sobrecarga objetiva e subjetiva.

Por meio da pesquisa, ainda se evidenciou que Reforma Psiquiátrica tem ainda um vasto campo de conquistas, pois, nos serviços substitutivos, identifica-se uma visão médico-hegemônica focada na doença, com tratamento medicamentoso, com práticas repletas de resquílios manicomiais e sem inclusão participativa da família. Nessa perspectiva, a família acaba sendo reduzida à função de cuidadora e informante, sem possibilidades de desempenhar um papel de sujeito político participativo. Essa realidade reforça os princípios familistas das políticas sociais, nas quais o pesadíssimo ônus da proteção social recai sobre as famílias, especialmente sobre aquelas que têm menores condições objetivas e subjetivas de arcarem com as demandas impostas pela situação de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa partiu do desejo de olhar para a família na Política de Saúde Mental. A investigação em torno da Reforma Psiquiátrica e seus rebatimentos sobre as famílias dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná abriu a possibilidade de pesquisar a forma como o CAPS e as famílias compartilham o provimento de cuidado para a pessoa com transtorno mental, bem como, possibilitou conhecer as condições objetivas e subjetivas que as famílias possuem para o exercício do cuidado e as condições objetivas das atividades que os CAPS realizam, em especial com as famílias.

Várias são as inquietações referentes ao trabalho com famílias em Saúde Mental, e esta investigação partiu de inúmeras delas, todas vivenciadas no cotidiano profissional como Assistente Social de um CAPS I, especialmente daquelas relativas ao modo como as famílias estão convivendo e se organizando frente às demandas do cuidado de uma pessoa com transtorno mental. As respostas a essas inquietações não são simples de serem elaboradas, em razão da complexidade que envolve tal temática e dos diferentes fatores envolvidos, tais como: sociedade capitalista, Estado, Políticas Sociais, CAPS, Rede de Atenção Psicossocial, família e pessoa com transtorno mental.

Diante da complexidade da temática Família e Política de Saúde Mental, para apreender e compreender a implementação da Reforma Psiquiátrica e analisar os rebatimentos e impactos dessa nova organização/estruturação dos serviços sobre famílias no âmbito das demandas protetivas, é mister destacar a relação sociedade e Estado no âmbito das Políticas Sociais. Na atual conjuntura neoliberal, o Estado ausenta-se, cada vez mais, de sua função de proteção social e a família passa a ser sobrecarregada pelo cuidado dos seus membros.

Nesse sentido, ressalta-se que a contrarreforma do Estado trouxe consigo um grande processo de privatização da coisa pública, intensificando, assim, a pobreza, o que desencadeia formas focalizadas/precarizadas, com limitações de acessibilidade da população aos serviços essenciais. Há mudanças no mundo do trabalho, e as atuações do Estado se dão de forma fragmentada. Os sistemas de proteção social e as políticas sociais são redefinidas de acordo com os interesses dos capitalistas, havendo um fortalecimento da relação público privado. Assim, surge um processo contraditório, destituindo direitos resultantes das lutas sociais. E como ressalta Iamamoto (2010), presencia-se, hoje, no mundo contemporâneo, de uma transformação significativa dos padrões de produção e acumulação capitalista, com profundas alterações na dinâmica internacional do capital e da concorrência intercapitalista, implicando

em uma reestruturação dos Estados nacionais em suas relações com as classes sociais. Transformações essas que vêm acompanhadas de uma clara reorientação do fundo público a favor dos grandes oligopólios em detrimento da reprodução da força de trabalho, pela retração dos investimentos estatais nas áreas de seguridade social. Desse modo, a contrarreforma do Estado vem privar os direitos sociais, de maneira a contribuir para o agravamento da “questão social”.

Nesse contexto de contrarreforma do Estado, em que esse se desresponsabiliza pela proteção social, e tem-se políticas sociais fragmentadas, encontra-se a atual Política de Saúde Mental, que, apesar das fragilidades e limitações, após a aprovação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica apresenta no campo da Saúde Mental inegáveis avanços. A significativa ampliação da rede de serviços substitutivos como dos CAPS configura-se como indicador desses avanços. A Reforma Psiquiátrica, em seu movimento dialético, possibilitou grandes avanços, com a implantação de novos serviços de atendimento para a pessoa com transtorno mental, possibilitando a convivência familiar e comunitária, o que no período hospitalocêntrico, não era possível. Com o movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica, as famílias foram, então, convidadas a participar como parceiras do processo de cuidado em Saúde Mental. Com a implantação de novos serviços, decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica, os CAPS são os principais serviços substitutivos ao manicômio, sendo estratégicos na organização da Rede de Atenção Psicossocial. São serviços de saúde abertos e comunitários, considerados como lugares de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que precisam de cuidados intensivos e especializados.

Assim, atualmente, o CAPS se constitui como o principal serviço de atendimento às pessoas com transtornos mentais. Sendo equipamentos estratégicos para se identificar na Política de Saúde Mental a relação entre serviço, família e usuários. Devido ao processo de desinstitucionalização dos serviços de saúde mental, o papel da família no cuidado foi acentuado, os familiares se tornaram fonte de apoio as pessoas com transtorno mental, desempenhando um papel importante para a sua reinserção social e qualidade do tratamento. Devido a essa nova relação que se constrói entre família e pessoas com transtorno mental, levantou-se, na pesquisa, o perfil de ambos, para fundamentar o entendimento dos rebatimentos dessa convivência atrelada pelo campo do cuidado.

Com base no perfil dos familiares e das pessoas com transtorno mental, foi possível identificar quem são os sujeitos diretos e indiretos da pesquisa e a sua realidade social, econômica e educacional, e, a partir dessas informações, analisar a trajetória da família na convivência e provimento de cuidados. Foram identificadas, nesse contexto de pesquisa,

famílias sem o conhecimento e suporte para realizar seu papel de parceira no provimento de cuidados, aspecto que vai ao encontro com os resultados da pesquisa, os quais demonstraram as dificuldades das famílias em realizarem a função protetiva, por não receberem orientação e proteção sobre o cuidado familiar em Saúde Mental.

Dessa forma, nota-se uma escassez de atividades voltadas para as famílias nos CAPS, inclusive com familiares que relataram durante a entrevista ser a primeira vez que foram chamados no serviço. A escassez de atividades ocorre tanto para orientações sobre o transtorno mental, diagnóstico, comportamentos não convencionais e o cuidado de modo geral, quanto para o cuidado para com o “cuidador”, pois os familiares demonstram dificuldades no processo do cuidado e encontram-se sobrecarregados com as demandas decorrentes dessa atribuição. Entretanto, identifica-se que os familiares estão satisfeitos com tratamento que o CAPS oferta para as pessoas com transtorno mental e relatam o serviço como suporte nos momentos de crise, inclusive com melhora do quadro psicossocial e suporte no impacto financeiro, ao oferecer tratamento via SUS. Devido à não inserção da família como protagonista no CAPS, os familiares apresentaram dificuldades em fazer proposições sobre a implementação de atividades nesse equipamento. Porém, apesar dessa limitação e déficit participativo, sinalizaram a necessidade de inclusão de atividades de suporte para a família e de ações conjuntas entre usuário e família.

Um outro aspecto identificado pela pesquisa foi que a maioria dos familiares não tem uma visão antirreformista, e aponta o CAPS como um dispositivo importante da Reforma Psiquiátrica, devido às atividades e às ações que esse centro vem realizando, direcionadas para o tratamento da pessoa com transtorno mental. Evidencia-se os avanços do movimento da Reforma Psiquiátrica, para o processo de humanização nos tratamentos. Entretanto, faz-se necessário avançar na inserção familiar no processo de atenção psicossocial.

A família é importante no tratamento, não só pelo fato seu papel protetivo com a pessoa com transtorno mental, mas por caracterizar-se como um lugar de cuidado, de trocas sociais e de laços de afeto. No entanto, para exercer suas funções, ela também precisa de cuidados. Para isso, a família não pode ser pensada de forma isolada como na lógica neoliberal, na qual se desenvolve uma sobrecarga familiar, diante da relação conflituosa e contraditória entre a família e o Estado. Este, via de regra, deveria proteger e cuidar, mas na realidade se desresponsabiliza da função protetiva e sobrecarrega a família.

Para o trabalho com as famílias nos CAPS, necessita-se ter clareza dessa relação conflituosa e contraditória; no entanto, esta pesquisa revelou que as práticas do CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná não estão direcionadas à participação familiar, nem possibilitando

estratégias de suporte e fomento do protagonismo familiar. Constatou-se que esses CAPS realizam ações restritas e pontuais de inserção da família ao cotidiano dos serviços.

É fato que as mudanças provenientes da Reforma Psiquiátrica ainda precisam ser melhor estruturadas. A Rede de Atenção Psicossocial ainda precisa avançar na garantia do tratamento aberto, comunitário e não institucionalizado. Os CAPS pesquisados revelaram desenvolver ainda práticas enraizadas em princípios médicos hegemônicos, centrados na doença e não no sujeito. Com relação à família, constata-se que ela é considerada pelo serviço como acompanhante e informante, e não como protagonista. Isso denota, nos CAPS pesquisados, uma incorporação da tendência familista, tão comum às políticas sociais brasileiras; assim, a lógica dessas políticas se desvela também na realidade dos serviços de Saúde Mental, tomando a família como fonte ativa de proteção social. Torna-se necessário reverter esse quadro, com desenvolvimentos de práticas que façam das famílias também usuárias participativas do CAPS, para que elas consigam realizar o cuidado efetivo e minimizar sua sobrecarga.

Não obstante, além da lógica dos serviços de Saúde Mental, identificou-se, também, na pesquisa a concepção que as famílias têm sobre os rebatimentos da Reforma Psiquiátrica sobre elas, decorrentes das atividades que envolvem o cuidado uma pessoa com transtorno mental. As diversas falas dos familiares evidenciaram que eles apresentam sobrecarga, principalmente o familiar que realiza mais diretamente o cuidado. A sobrecarga familiar revelou-se na dimensão objetiva, relacionada ao acúmulo de tarefas no cotidiano doméstico, ao aumento de custos financeiros, à limitação das atividades de lazer, ao trabalho, escolarização e ao convívio social. A sobrecarga também apareceu na dimensão subjetiva, relacionada à percepção pessoal do familiar sobre a experiência de conviver e cuidar de uma pessoa com transtorno mental; seus sentimentos mostram angustias, medo, responsabilidades e preocupações com o ente querido que está em sofrimento e com as obrigações e funções decorrentes das demandas do cuidado e da convivência familiar.

Tendo-se em vista essas duas dimensões da sobrecarga relativa ao cuidado em Saúde Mental (objetiva e subjetiva), por meio das análises dos conteúdos das falas dos familiares entrevistados, puderam-se definir três tipos de impactos sobre a convivência e organização familiar, ocasionados pela necessidade de cuidado de uma pessoa com transtorno mental na família, sem o devido suporte e apoio das políticas sociais.

Desse modo, a sobrecarga aparece sobre forma de impacto emocional, evidenciando o sofrimento dos familiares/cuidadores frente à tensão cotidiana experienciada em seus lares, ao convívio com o sofrimento do outro, à falta de respostas sobre como atuar diante dos comportamentos não convencionais e durante a crise, afetando, inclusive, a saúde desses

familiares, e prejudicando seu aspecto emocional com sentimentos de incertezas, culpa, tristeza e vergonha que acabam por fragilizar sua função protetiva. Também foi identificada a sobrecarga sobre a forma de impacto econômico, devido aos gastos com tratamento de saúde, ao fato do familiar e da pessoa com transtorno mental deixarem de exercer atividades laborativas e devido à dificuldade de a pessoa com transtorno mental gerenciar os recursos financeiros. Além disso, a sobrecarga foi evidenciada como impacto social, pois o familiar deixar de ter atividades de lazer, se afasta da família, amigos e comunidade, deixa de trabalhar, de estudar e de ter relacionamentos afetivos.

As famílias de pessoas com transtorno mental não são hoje percebidas nem como causas, nem como canais instrumentais para a “cura” da pessoa com transtorno mental, mas como fortes aliadas no enfrentamento de situações altamente adversas. Porém, a política de Saúde Mental ainda não consegue abarcar as demandas da família. Percebe-se a necessidade de reformulação da atenção dirigida aos familiares, pois a intervenção junto a família precisa instrumentalizá-la como cuidadora, e como pessoas que também precisam de cuidados. É importante acolher o sofrimento do cuidador e minimizar suas sobrecargas objetiva e subjetiva, por meio da oferta de espaços acolhedores e facilitadores de ações e de troca de experiências entre os próprios cuidadores, em direção à autonomia das pessoas com transtorno mental e à diminuição do sofrimento das famílias.

A análise dos dados da pesquisa corrobora que a expansão da rede CAPS foi fundamental para as mudanças, ainda em curso, na assistência às pessoas com transtornos mentais. O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo, que envolve, gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é possível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos espaços de negociação e deliberação do SUS.

Identifica-se a necessidade de que os dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial tomem a família como parceira, como sujeito/usuário dessa atenção/assistência e como protagonista da política de Saúde Mental. A pesquisa evidenciou os avanços propiciados pela Reforma Psiquiátrica, quanto à implementação de uma política do cuidado em Saúde Mental (pessoa com transtorno mental tomado como sujeito de direito, respeitando-se sua liberdade, condição, laços familiares/comunitários); entretanto, notam-se retrocessos no campo da Proteção Social no Estado neoliberal, com transmutação do protagonismo/centralidade familiar em responsabilização familiar, em virtude da minimização do Estado.

Finaliza-se, aqui, esta pesquisa, entendendo que práticas no trabalho com famílias são desafiadoras e, diante delas, há um longo caminho a ser percorrido. A incorporação da família nos CAPS faz parte de uma construção coletiva e participava de *corresponsabilização* entre serviço, família e usuário. A Reforma Psiquiátrica não é algo dado, é um processo dialético que provoca transformações, das quais emergem desafios, sendo um dos maiores a inclusão das famílias na política de Saúde Mental como protagonista. É premente a necessidade de se implementar ações “com” as famílias (pois o cuidado em Saúde Mental não pode ser apenas da família, e sim “com” a família, enquanto parceira do provimento de cuidados e enquanto sujeito que também precisa ser cuidada), para que se possa evitar a reafirmação da lógica familista, que sobrecarrega e culpabiliza as famílias em detrimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que primam pela humanização e pelo protagonismo familiar e da pessoa com transtorno mental.

Espera-se que esta pesquisa sirva de base para outras pesquisas do mesmo tema, bem como possibilite reflexões importantes para os profissionais e gestores da Saúde Mental, uma vez que a aproximação com a realidade dos usuários dos CAPS I e seus familiares, levantou dados quantitativos e qualitativos relevantes sobre a convivência familiar, dando suporte para novas intervenções psicossociais.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M.M.T. de. Transformações econômicas e sociais no Brasil nos anos de 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATTOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2009.
- ALMEIDA, M. M. et al. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010.
- AMARAL, M. A.; BRESSAN, M. L. Q. Avaliando a contribuição do scratch para a aprendizagem pela solução de problemas e o desenvolvimento do pensamento criativo. **Revista Intersaberes**, v. 10, n. 21, 2015, p. 509-526. Disponível em: <https://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/866/502>. Acesso em: 16/04/2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANTUNES, S.M.M. de O.; QUEIROZ, M. de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan. 2007.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, O. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 2005, P. 337-348.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSUNCAO, A. Á.; LIMA, E. de P.; GUIMARAES, M. D. C. Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2017, vol.33, n.3, e00166815. Epub Apr 03, 2017. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00166815>.
- AUGUSTO, J. **Um mapa da exclusão social na idade média**. 2017. Disponível em: <<http://historiacsd.blogspot.com.br/2013/04/um-mapa-da-exclusao-social-na-idade.html>>. Acesso em: 30/07/2017
- BATISTA, A. A. **Trabalho, questão social e serviço social**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2014.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BALLARIN, M. L.; CARVALHO, F.; FERIGATO, S. Os Diferentes Sentidos o Cuidado: Considerações Sobre a Atenção em Saúde Mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 33(2), 2009, p. 218- 224.
- BANDEIRA M.; BARROSO, S. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 1979.

BARREIROS, G. B. Construindo e Consolidando o Vínculo. In: BÜCHELE, F; PETUCO, D. R. S. (orgs.). **Organização dos serviços para garantir acesso e promover vinculação do usuário de drogas**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

BARRETO, D. B. M.; ANREATA, D. Saúde mental do cuidador: considerações acerca da sobrecarga vivenciada pelo familiar. **Pesquisa em Psicologia**. Anais Eletrônicos, 2015, p. 231-242. Disponível em: https://editora.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/view/8688/4959. Acesso em: 15/05/2018.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. B. **Política Social: fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2016.

BIELEMANN, V. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BEATO, M. S. da F.; PASSOS, I. C. F. Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. **Psychê**, São Paulo, v. 2, n. 12, p. 137-158, 2003.

BELINI, M. G.; HIRDES, A. Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental. **Texto contexto - enferm**. [online]. 2006, vol.15, n.4, pp.562-569. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400003>.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M.O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental [online]**, vol.9, n.16, 2011, p. 303-326.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 227-236, abr./jun. 2012

BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. enferm**. [online]. 2008, vol.21, n.4, pp.588-594. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009>.

BRANQUINHO, J. da S. et al. Doenças crônicas em pacientes com transtornos mentais **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Vol.05, edição especial. Ano 2014, p. 2458-64.

BRASIL. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 1993.

_____. Lei 10.216. **Dispõe sobre os direitos dos Portadores de Transtornos Mentais**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. MS: Brasília, 2002. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>. Acesso em: 16/03/2018.

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** MS: Brasília, 2003.

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

_____. _____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.** MS: Brasília, 2005.

_____. _____. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.** Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. MS: Brasília, 2005. Disponível em:

file:///D:/DOCUMENTOS/Downloads/1.0_PoliticaNacionalSobreDrogas_Portugues.pdf. Acesso em: 16/03/2018.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica - Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: a. 26, n. 88, p.84-100, nov. 2006.

CANDIDO, M. R. et al. Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online], vol.8, n.3, 2012, p. 110-117.

CARLOTO, C. M. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, 2015.

CARVALHO, M. do C. A priorização da família na Agenda da Política Social. In: CARVALHO, M. do C.(org). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDU /Cortez, 2002.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2010, vol.63, n.1, pp.51-57.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100009>.

CERQUEIRA FILHO, G. **A “questão social” no Brasil: crítica do discurso político.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia.** São Paulo: Brasiliense, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COSTA, C. S. et al. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):995-1007, mai, 2011.

COUTINHO, C. N. Texto da Contracapa. In: VASCONSCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens psicossociais: perspectivas para o Serviço Social**. São Paulo: Hucitec, 2009.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MORIRA, M. I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO**, 19(55), 2015, p. 1133-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140472.pdf>. Acesso em: 16/03/2018.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2004; 38(2), p.197-205.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): p 183-193, 2009.

DEL VALLE, A. H. Pluralismo de bienestar y gestión social. Welfare pluralism and social management. **Emancipação**, Ponta Grossa, 9(2): 233-248, 2009. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso: 15/03/2018.

DIMENSTEIN, M. (Org.). **Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia**. Natal, RN: EDUFRN, 2009.

D'INCAO, M. A. Mulher e família burguesa. In: PRIORE, M. D. **História das mulheres no Brasil**. 5.ed. São Paulo: 2001. p. 223-240.

DRIABE, S. M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa n.08**, Unicamp, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 1993. Disponível em: <https://sociologiajuridica.files.wordpress.com/2011/10/o-welfare-state-no-brasil-caracteristicas-e-perspectivas-sonia-draibe.pdf>. Acesso: 20/06/2018.

EDUKAVITA. **Significado do Universalismo**. 2018. Disponível em: <https://edukavita.blogspot.com/2013/12/definicao-da-universalismo-conceito-da.html>. Acesso: 20/06/2018.

ELOIA, S. C. E. et al. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, out-dez 2014.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 14ed. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova** [online]. n. 24, 1991, p.85-116. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>.

_____. **Fundamentos sociales de las economías postindustriales**. Barcelona, Ariel, 2000

FABRIS, D. R.; YKEGAYA, T. G. Da loucura ao transtorno mental: a constituição de políticas sociais e seus pressupostos. **Anais**. 3º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioeste –Campus de Cascavel:PR, 2007.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência sociais**. São Paulo: Cortez, 1980.

_____. **O que é política social**. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: Percepção de profissionais de saúde. **Rev. Min. Enferm**, v.19, n. 2, 2015, p. 157-164. DOI: 10.5935/1415-2762.

FRAZATTO, C. F.; BOARINI, M. L. O "morar" em hospital psiquiátrico: histórias contadas por familiares de ex-"moradores". **Psicol. estud.** [online],vol.18, n.2, 2013, p.257-267. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000200007>.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In.: MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ, 1993.

GOMES, M.; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online], vol.8, n.1, 2012, p. 2-8.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.1, 2009, p.297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. **Família**. In: Temas básicos da sociologia. São Paulo: Cultrix, Edusp, 1973.

IAMAMOTO, M. V. Questão Social, família e Juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In: SALES; MATOS; LEAL (orgs.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2009.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social do Paraná. **Diagnóstico Social e econômico: sumário executivo**. Curitiba: IPARDES, 2003.

_____. _____. **Diagnóstico Social e econômico: sumário executivo**. Curitiba: IPARDES, 2013.

JORGE, M. R.; FRANÇA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev Bras Psiquiatria**, 23(1), 2001, p. 3-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n1/a02v23n1.pdf>. Acesso em: 16/03/2018.

KANTORSKI, L.P. et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 273-282, maio/ago. 2009.

KESSLER, R. C. et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. **Current Opinion in Psychiatry**, 20, 2007, p. 359–364.

LA HAYE, J. L. de. **A morte do manicômio: história da antipsiquiatria**. São Paulo: Imaginário. Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

LESSA, S. **Abaixo a Família Monogâmica!** São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LIMA, E. M. de. **A proteção social no âmbito da família**: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2006.

LIMA GONÇALVES, E. As funções do hospital moderno. In: _____. (coord.) **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

LIMA, M. da S.; AGUIAR, A. C. L. de; SOUZA, M. M. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo** [en línea] 2015, 20 (Outubro-Diciembre). Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287145780015>> ISSN 1413-7372

LINO, M. V. A contemporaneidade e seu impacto nas relações familiares. **Revista IGT na Rede**, v.6, nº 10, 2009, p. 2-13.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, p. 17 - 26, 2010.

MARANHÃO, D. G. O cuidado como elo entre saúde e educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.111, p.115-133, 2000.

MARTINS, P. P.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2016, vol.32, n.4, e324216. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216>.

MARTINS, A. C. C.; PILLON, S.C.; LUIS, M. A.V. A família e sua importância na atenção a dependentes de substâncias psicoativas. In: Luis MAV, Pillon SC, organizadores. Assistência a usuários de álcool e drogas no estado de São Paulo: uma amostra de serviços e programas. Ribeirão Preto: FIERP/USP; 2004. p.216-28.

MEDEIROS, L. F. G. **Novas ocupações profissionais são reconhecidas pelo Ministério do Trabalho 21 novas ocupações profissionais são reconhecidas pelo Ministério do Trabalho. 2018**. Disponível em: < <http://gamademedeiros.com.br/21-ocupacoes-reconhecidas-pelo-ministerio-do-trabalho/>>. Acesso: 26/07/2017.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, set. 2005.

MELMAN J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MÉSZÁROS, I. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. São Paulo: Boitempo, 2011.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** out/dez;12(4), 2010, p. 761-5. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Editora, ano XVIII, n. 55, nov. / fev.1997.

_____. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis, 2000. In.: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 04: O Trabalho do Assistente Social e as políticas sociais. Brasília, UNB, 2000.

_____.; SILVA, M. J. da; SILVA, S. M. M. M. A relevância da família no atua contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a politica antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v. 11, n. 2, p. 197-220,jul./dez. 2007.

_____. Família e Políticas Sociais. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.; SANTOS, S.; MIOTO, R. C. (Orgs.). **Tendências Contemporâneas da Política Social no Capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2008, p.130-148.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às família no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política Social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo, 2009.

_____.; DALPRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: _____.; CAMPOS, M. S; CARLOTO, C. M. (Orgs.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015, p.147-178.

MOREIRA, L. A. Direito e gênero: a contribuição feminista para a formação política das mulheres no processo de (re) democratização brasileiro. **Gênero&Direito**, v.5, n.1, 2016, 217-255. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/25010/15303>. Acesso: 20/05/2018.

MORGADO, A. F.; COUTINHO, E. da S. F. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 3, jan-jul. 1985. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1985000300006>

MOSER, L.;DAL PRÁ, K.R. Os Desafios de Conciliar Trabalho, Família e Cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. **Textos & Contextos**, Porto

Alegre, v. 15, n. 2, p. 382 - 392, ago./dez. 2016.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Revista Temporalis**, n.3. Brasília: ABEPSS, 2001.

_____. O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, F. G.; RIZZOTTO, M. L. F. **Estado e políticas sociais: Brasil - Paraná**. Cascavel: EDUNIOESTE, p. 11–28, 2003

OLIVEIRA, NHD. **Recomeçar: família, filhos e desafios** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Comunicação, Saúde e Educação**, 12(25), 2008, p. 295–307.

PEREIRA-PEREIRA P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo, 2009.

PICCININ, A.B.M.; CARDOSO, V.C. **Construção aproximativa de estágio em serviço social**. Unioeste: Toledo, 2016.

PÔSTER, M. **Teoria Crítica da Família**. Trad. De Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

PRANDONI, R. F. S.; PADILHA, M. I. C. de S. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto Contexto Enferm.**, 13(4), out-dez, 2004, p. 633-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a17.pdf>. Acesso: 16/05/2018.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental, Fortaleza-CE. *Saúde em debate*, v. 34, n. 84, p. 137-47, 2010.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica, pp. 15-73. In: COSTA, N. do R.; TUNDIS, S. (orgs.), *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Vozes-Abrasco, Petrópolis-Rio de Janeiro, 1987, p. 15-73.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.** [online]. 2010, n.102, pp.339-351. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200008>.

ROSA. L. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, a. 28, n.71, p. 138-161, set. 2002.

_____. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

_____. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2008.

ROUANET, S. P. **Mal-estar na modernidade.** São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, n.34, jan/jul. 2011, p. 146-160. Disponível em:
<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/issue/view/103>. Acesso em: 15/03/2018.

SANTOS, A.T. dos S. A Retomada da família na política social: avanços e retrocessos na proteção social. **IV Jornada Internacional de Políticas Públicas.** MA, 2009.

SARTORI, E.; GARCIA C. H. M. Políticas compensatórias versus emancipatórias: desafios para implementação de programas de geração de renda às famílias em situação de risco. **Rev. Adm. Pública [online]**. 2012, vol.46, n.2, pp.425-452.

SARACENO, C. A dependência construída e a interdependência negada: estruturas de gênero da cidadania. In: BONADRI, G; GROPPI, A (Orgs.). **O dilema da cidadania.** São Paulo: Unesp,1995.

_____; NALDINI, M. Quem vive com quem: a família como unidade de convivência (cap.I). In: _____. **Sociologia da Família.** 2º Ed. Lisboa: Editorial Estampa, 2003.

SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação.** São Paulo, v. 5, n. 25, 2002, p. 5-14.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde & Transformação Social,** Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. Enferm,** vol.42, n.1, 2008, p.127-134. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100017>.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter:** as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1999.

SIGNIFICADOS. **Significado de Meritocracia.** 2018. Disponível em:
<https://www.significados.com.br/meritocracia/>. Acesso em: 20/06/2018.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem,** 13(4), jul-ago, 2005, p. 591-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>. Acesso em: 20/05/2018.

STAMM, M.; MIOTO, R. C. T. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. **Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 2, n. 2, p. 161-168, jul./dez. 2003. Disponível em:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5539/3521>. Acesso em: 20/05/2018.

SOCCOLS. et al. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** vol. 14, núm. 3, 2013, pp. 549-557.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027991011.pdf>. Acesso em: 20/05/2018.

SIMIONATO, M. A. W.; OLIVEIRA, R. G. Funções e transformações da Família ao longo da História. **Anais**. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia e II Encontro de Psicopedagogia de Maringá. Maringá, nov. 2003.

SILVA, A. T. de M. C. da; BARROS, S. e OLIVEIRA, M. A. F. de. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2002, vol.36, n.1, pp. 4-9.

SZAZZ, T. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento da saúde mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TEIXEIRA, S.M. **A família na política de Assistência Social**: Concepções e as tendências do trabalho social com famílias nos CRAS de Teresina -PI. Teresina: EDUFPI, 2016.

VASCONSCÉLOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. São Paulo: Hucitec, 2010.

VIEIRA, E. **Democracia e Política Social**. Coleção polêmicas do nosso tempo, nº 49, São Paulo, Cortez, 1992.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde.

Pesquisador: ANA ROSA SALVALAGIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65505317.9.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.000.015

Apresentação do Projeto:

A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde

Objetivo da Pesquisa:

Apreender, compreender e analisar os impactos da implementação da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias atendidas nos CAPS I da 20ª Regional de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão devidamente apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os documentos estão devidamente preenchidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está correto e dentro dos parâmetros éticos.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.000.015

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_862204.pdf	09/03/2017 09:51:56		Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	10/02/2017 12:51:26	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	arquivo.pdf	10/02/2017 12:50:59	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	assis.pdf	10/02/2017 12:50:25	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	GUAIRA.pdf	10/02/2017 12:49:40	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	marechal.pdf	10/02/2017 12:48:47	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Outros	curriculo.pdf	09/02/2017 23:58:28	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Outros	APENDICE1.pdf	09/02/2017 23:57:09	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/02/2017 23:56:18	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/02/2017 23:55:57	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/02/2017 23:55:41	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPvf.pdf	09/02/2017 23:55:22	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	palofina.pdf	09/02/2017 23:32:49	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOvf.pdf	08/02/2017 22:18:41	ANA ROSA SALVALAGIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prpgg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.000.015

Não

CASCADEL, 04 de Abril de 2017

Assinado por:
Fausto José da Fonseca Zamboni
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
UF: PR **Município:** CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE CURSO: PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTU SENSU EM SERVIÇO SOCIAL MESTRADO/PPGSS PESQUISADORA: Ana Rosa Salvalagio INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Entrevista semiestruturada SUJEITOS DA PESQUISA: Familiares de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas dos CAPS I da 20ª Regional de Saúde do Paraná	
DATA DA ENTREVISTA: ____/____/2018	Nº DA ENTREVISTA: _____
INSTITUIÇÃO: _____	

A. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Dados da Pessoa com transtorno mental e/ou transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas

1 Estado Civil: Solteiro () Casado() União Estável() Divorciado () Viúvo()

2 Sexo: Feminino () Masculino ()

3 Idade: _____

4 Grau de escolaridade: _____

5 Trabalha? Não () Sim () Sim, de carteira assinada ()

Profissão: _____ Parou de trabalhar por conta do transtorno? Sim () Não ()

6 Possui algum Benefício Financeiro? Sim () Não () Se sim qual? _____

7 Já ficou internado em Hospital Psiquiátrico? E Comunidade Terapêutica? Sim () Não ()

Se sim, quantas vezes? _____ E por quanto tempo? _____

8 Qual o diagnóstico? TM () Uso de SPA () 2 transtornos () **CID:** _____

9-Desde quando ele (a) começou com esse quadro de transtorno mental e/ou uso de substâncias psicoativas? Com qual idade?

DADOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

1-O CAPS I oferece suporte a família? Quais atividades oferta a família? Você ou alguém da família participa? Por quê?

2-Em situação de crise, quais serviços vocês têm disponíveis? Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, ou outro? Você acha resolutivo? Por quê? É exigida a “internação” do acompanhante também?

3-O que você gostaria que tivesse de atividades para a família no CAPS? E para seu familiar?

4-O seu familiar com transtorno mental e/ou usuário de substâncias psicoativas participa do CAPS I com qual frequência? Ele gosta de ir? Por quê?

5-O que você entende de Reforma Psiquiátrica? Como você avalia esse processo?

6-Na sua opinião, como os profissionais de Atenção Primária em Saúde tratam a família e a pessoa com transtorno mental e/ou usuária de substâncias psicoativas? E os profissionais do CAPS I?

7-Na sua opinião como CAPS colabora com a diminuição da sobrecarga familiar? Depois que seu familiar começou a participar do CAPS, você acha que o cuidado e o entendimento do transtorno mental foram facilitados? De que forma?

8- Quantos medicamentos por dia seu familiar usa? Ele toma sozinho? Você compra ou consegue pelo SUS?

9-Como você avalia o trabalho do CAPS I?

DADOS DE IMPACTO NA CONVIVÊNCIA FAMILIAR

1- Prestar cuidado ao seu familiar com transtorno mental afetou:
() sua saúde, () seu sono, () seu trabalho, () outros aspectos de sua vida ?
Por quê?

2- Quem participa do cuidado ao seu familiar com transtorno mental na família? Esse cuidado é compartilhado com outro membro da família? Como o grupo familiar se organiza frente ao cuidado?

3- O que mudou na rotina da família, depois que seu familiar adoeceu? Por quê?

4- O fato de seu familiar ter um transtorno mental, causa preocupação? Que tipo de preocupação?

5- Qual o sentimento por ter que exercer o cuidado ao seu familiar com transtorno mental?

6- O fato de ter que exercer o cuidado ao seu familiar trouxe impacto social (afetou a convivência com outras pessoas, o lazer ou outras atividades)?

7 - O fato de ter que exercer o cuidado ao seu familiar trouxe impacto econômico (aumentou gastos, alguém deixou de trabalhar)?

8- O fato de ter que exercer o cuidado ao seu familiar trouxe impacto emocional (tem sentimentos de vergonha, tristeza ou culpa)?

9-Na sua opinião quais são as maiores dificuldades no convívio familiar com uma pessoa com transtorno mental e /ou usuário de substâncias psicoativas?

10-Comentários, se desejar.

APÊNDICE 2 – TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.

Pesquisador responsável: Ana Rosa Salvalagio. Telefone (44) 9928-9086

Prezada Sr(a) _____

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem objetivo de analisar os impactos da Reforma Psiquiátrica sobre as famílias atendidas nos CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial) da 20ª Regional de Saúde. Esperamos com esse estudo possibilitar uma maior aproximação com a realidade dos usuários dos CAPS I e seus familiares, dando suporte para novas intervenções práticas de modo que os familiares sintam-se apoiados pelos serviços de saúde mental, aliviando os impactos dessa convivência. Para tanto, realizaremos algumas perguntas sobre a dinâmica de cuidados em relação ao seu familiar com transtorno mental e/ou transtorno decorrente do uso de drogas, a convivência familiar e os serviços de Saúde Mental. A presente entrevista será gravada, caso autorize, e serve como parte da pesquisa do Programa de Mestrado em Serviço Social.

Durante a execução do projeto, pode acontecer de que você queira desistir de participar desta atividade, por desconforto com a situação e/ou com as perguntas, por se tratarem de questões familiares, nesse caso a entrevista será suspensa, respeitando a sua decisão. Caso se sinta mal e necessite de atendimento médico, vamos acionar SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e prestar assistência necessária.

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Você também não pagará nem receberá para participar do estudo. Os custos financeiros para realizar a pesquisa, serão por conta da pesquisadora. Além disso, você poderá cancelar sua participação na pesquisa a qualquer

momento. No caso de dúvidas ou da necessidade de relatar algum acontecimento, você pode contatar a pesquisadora pelo telefone (44) 9928-9086 (Ana Rosa) ou o Comitê de Ética pelo número (45) 3220-3092. Este documento será assinado em duas vias, sendo uma delas entregue para você.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

Nome completo do Participante: _____

Assinatura: _____

Eu, pesquisadora Ana Rosa Salvalagio, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante.

_____, _____ de _____ de 2017.

Ana Rosa Salvalagio - Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 3 – TERMO DE COMPROMISSO

**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO**

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS 1.

Pesquisadora: Ana Rosa Salvalagio

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

1. preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados;
2. preservar as informações que serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. divulgar as informações somente de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.
4. respeitar todas as normas da Resolução 510/2015 CNS/MS e suas complementares na execução deste projeto.

Toledo, 02 de fevereiro de 2017


ANA ROSA SALVALAGIO

APÊNDICE 4 – TERMOS DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I
ASSIS CHATEAUBRIAND



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP



Aprovado na
CONEP em 04/08/2000

TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.

Pesquisadora: Ana Rosa Salvaglio

Local da pesquisa: CAPS I – Município de Assis Chateaubriand -PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Lirian Aparecida Ferreira (Coordenadora do CAPS I de Assis Chateaubriand)

A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas atendidas no CAPS I), segundo as normas da Resolução 510/2015CNS/MS e suas complementares.

Assis Chateaubriand, 03 de fevereiro de 2017

Lirian Aparecida Ferreira
Coordenadora do CAPS I
Assis Chateaubriand - PR

Lirian Aparecida Ferreira
Lirian Aparecida Ferreira
Coordenadora do CAPS I
Assis Chateaubriand - PR

Coordenadora do CAPS I de Assis Chateaubriand

Rua Apucarana, 637,
Telefone: 3528 6907
Assis Chateaubriand - PR



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.

Pesquisadora: Ana Rosa Salvalagio

Local da pesquisa: CAPS I – Município de Guaira -PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Simone de Freitas Mickos (Coordenadora da Atenção Primária do Município de Guaira)

A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas atendidas no CAPS I), segundo as normas da Resolução 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

Guaira, 03 de Fevereiro de 2017

Simone Mickos
Enfermeira
CONEP/MS/2012

Secretaria Municipal
de Saúde
GUAIRA - PARANÁ

Simone De Freitas Mickos
Coordenadora da Atenção Primária do Município de Guaira



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.


Pesquisadora: Ana Rosa Salvalgio

Local da pesquisa: CAPS I – Município de Marechal Cândido Rondon-PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Marta Krepsky
(Coordenadora do CAPS I de Marechal Cândido Rondon).

A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas atendidas no CAPS I), segundo as normas da Resolução 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

Marechal Cândido Rondon, 09 de fevereiro de 2017


Marta Krepsky
Coordenadora do CAPS I de Marechal Cândido Rondon

Marta Krepsky
Assistente Social
Cress nº 6707
11ª Região



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.

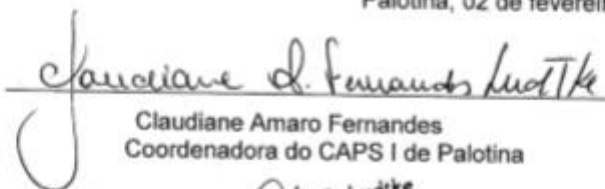
Pesquisadora: Ana Rosa Salvalaglio

Local da pesquisa: CAPS I – Município de Palotina-PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Claudiane Amaro Fernandes (Coordenadora do CAPS I de Palotina).

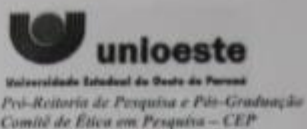
A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas atendidas no CAPS I), segundo as normas da Resolução 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

Palotina, 02 de fevereiro de 2017



Claudiane Amaro Fernandes
Coordenadora do CAPS I de Palotina

Claudiane F. Ludtke
Coordenadora de Serviços de CAPS
Resolução nº 04/2018



TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO CAMPO DE ESTUDO

Título do projeto: A implementação da Reforma Psiquiátrica e os impactos sobre as famílias atendidas nos CAPS I.

Pesquisadora: Ana Rosa Salvaggio

Local da pesquisa: CAPS I – Município de Santa Helena-PR

Responsável pelo local de realização da pesquisa: Rafael Rodrigues Gonçalves
Coordenador do CAPS I de Santa Helena

A pesquisadora acima identificada está autorizada a realizar a pesquisa e coleta de dados, os quais serão utilizados exclusivamente para fins científicos, assegurando sua confidencialidade e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa (famílias de pessoas com transtorno mental e/ou transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas atendidas no CAPS I), segundo as normas da Resolução 510/2015 CNS/MS e suas complementares.

Santa Helena, 28 de março de 2018

Rafael Rodrigues Gonçalves

Rafael Rodrigues Gonçalves
Enfermeiro
COREN 532541